

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
POSTGRADO
ESPECIALIDAD DE REHABILITACIÓN ORAL Y ESTÉTICA



TRABAJO DE GRADO

**"PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES EN PACIENTES
PORTADORES DE PROTESIS REMOVIBLES EN EL ASILO
DE ANCIANOS SAN RAMON
EN LA GESTIÓN 2014"**

TUTOR: DR. RAMIRO ILLANES MEJÍA
COORDINADOR: DR. GABRIEL PACHECO ARCE
CURSANTE: DRA. IVONNE NARDA OSSIO ORTUBÉ

LA PAZ – BOLIVIA

2015

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
POSTGRADO
ESPECIALIDAD DE REHABILITACIÓN ORAL Y ESTÉTICA



TRABAJO DE GRADO

**"PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES EN PACIENTES
PORTADORES DE PROTESIS REMOVIBLES EN EL ASILO DE
ANCIANOS SAN RAMON EN LA GESTIÓN 2014"**

TUTOR: DR. RAMIRO ILLANES MEJÍA
COORDINADOR: DR. GABRIEL PACHECO ARCE
CURSANTE: DRA. IVONNE NARDA OSSIO ORTUBÉ

LA PAZ – BOLIVIA

2015

AGRADECIMIENTO

A mi tutor, Dr. Ramiro Illanes por la ayuda y disponibilidad en la ejecución de este trabajo, por todo el apoyo y enseñanzas en estos años de la Especialidad un especial agradecimiento.

A los docentes que me guiaron y contribuyeron para materializar el diseño de este documento.

Al personal del Asilo de Ancianos San Ramón por toda colaboración durante el desarrollo de este trabajo.

DEDICATORIA

A Dios por guiar y fortalecer los pasos de mi vida.

A mis padres por todo el amor y educación que me dieron a lo largo de mi vida.

A mis hermanos por la atención y fuerza brindada en estos años.

Índice

	Pág.
CAPÍTULO PRIMERO	
1. Introducción.....	1
1.1 Antecedentes.....	2
2. Planteamiento del Problema.....	6
2.1 Identificación del Problema.....	6
2.2 Formulación del Problema.....	6
3. Objetivos	
3.1 Objetivo General.....	7
3.2 Objetivos Específicos.....	7
4. Justificación	
4.1 Justificación Metodológica.....	8
4.2 Justificación Teórica.....	8
4.3 Justificación Social.....	9
5. Alcance	
5.1 Alcance Temporal.....	9
5.2 Alcance Espacial.....	9
CAPÍTULO SEGUNDO	
6. Estado del arte.....	10
6.1 Generalidades.....	10
6.2 Salud oral para el adulto mayor en Bolivia	10
6.3 Cambios en la cavidad bucal de los adultos mayores.....	11
6.3.1 Cambios en el tejido dentario	12
6.3.2 Cambios en el periodonto	12
6.3.3 Cambios en la mucosa bucal.....	12
6.3.4 Cambios en la musculatura bucal.....	14

	Pág.
6.3.5 Cambios en la ATM.....	14
6.3.6 Cambios en la Percepción del sabor.....	14
6.3.7 Cambios en las Glándulas salivales.....	15
6.4 Efectos de la rehabilitación Protésica.....	16
6.4.1 Secuelas Directas	16
6.4.2 Secuelas Indirectas.....	17
6.5 Lesiones en la cavidad bucal asociadas al uso de Prótesis Removible.....	17
6.5.1 Principales factores que llevan a la aparición de lesiones en la cavidad bucal asociadas al uso de Prótesis Removibles.....	18
6.5.2 Lesiones más frecuentes en la cavidad bucal asociadas al uso de Prótesis Removible.....	20
6.5.2.1 Úlcera traumática.....	21
6.5.2.2 Estomatitis Subprotésica.....	23
6.5.2.3 Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria.....	29
6.5.2.4 Queilitis Angular.....	32
6.6 Consideraciones a tener en cuenta en portadores de Prótesis Removible	33
CAPITULO TERCERO	
7. Estrategia Metodológica	
7.1 Diseño y tipo de Investigación.....	35
7.1.1 Formulación de la Hipótesis.....	35
7.1.2 Identificación de las variables e indicadores.....	35
7.1.3 Conceptualización de las variables.....	36
7.1.4 Operacionalización de las variables.....	37
7.1.5 Matriz de consistencia.....	38
7.2 Población y Muestra.....	38
7.3 Criterios de Inclusión.....	38

	Pág.
7.4 Criterios de Exclusión.....	39
7.5 Recolección de Datos.....	39
7.6 Presentación de resultados.....	43
8. Conclusión.....	61
9. Recomendaciones.....	62
10. Bibliografía.....	63
11. Cronograma de la investigación.	68
12. Anexos.....	69

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla N°1. Portadores de Prótesis Removible.....	43
Tabla N°2. Prevalencia de lesiones bucales	44
Tabla N°3 Prevalencia y tipo de lesiones bucales	45
Tabla N°4 Distribución de adultos mayores según Edad.....	46
Tabla N°5. Distribución de adultos mayores según Sexo.....	47
Tabla N°6. Distribución de lesiones bucales por Edad.....	48
Tabla N°7. Distribución de lesiones bucales por Sexo.....	49
Tabla N° 8. Distribución de lesiones bucales según el tipo de prótesis.....	50
Tabla N°9. Distribución por localización de lesiones bucales.....	51
Tabla N°10. Distribución de lesiones bucales según el material de la Prótesis	54
Tabla N°11. Distribución de lesiones bucales según la condición de integridad de la prótesis.....	55
Tabla N°12. Distribución de lesiones bucales en relación al estado técnico de la prótesis.....	56
Tabla N° 13. Distribución de las lesiones bucales según el tiempo de uso de la prótesis.....	57
Tabla N°14. Distribución de lesiones bucales según la frecuencia de uso de la prótesis.....	58
Tabla N°15. Distribución de lesiones bucales según la calidad de limpieza de la prótesis.....	59
Tabla N°16. Distribución de lesiones bucales según la frecuencia de citas de control	60

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico N°1. Portadores de Prótesis Removible.....	43
Gráfico N°2. Prevalencia de lesiones bucales	44
Gráfico N°3 Prevalencia y tipo de lesiones bucales	45
Gráfico N°4 Distribución de adultos mayores según Edad.....	46
Gráfico N°5. Distribución de adultos mayores según Sexo.....	47
Gráfico N°6. Distribución de lesiones bucales por Edad.....	48
Gráfico N°7. Distribución de lesiones bucales por Sexo.....	49
Gráfico N° 8. Distribución de lesiones bucales según el tipo de prótesis... 	50
Gráfico N° 9. Distribución por localización de Úlcera Traumática.....	52
Gráfico N°10. Distribución por localización de Estomatitis Subprotésica....	53
Gráfico N°11. Distribución por localización de Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria y/o Queilitis angular.....	53
Gráfico N°12. Distribución de lesiones bucales según el material de la Prótesis	54
Gráfico N°13. Distribución de lesiones bucales según la condición de integridad de la prótesis.....	55
Gráfico N°14. Distribución de lesiones bucales en relación al estado técnico de la prótesis.....	56
Gráfico N°15. Distribución de las lesiones bucales según el tiempo de uso de la prótesis.....	57
Gráfico N°16. Distribución de lesiones bucales según la frecuencia de uso de la prótesis.....	58
Gráfico N°17. Distribución de lesiones bucales según la calidad de limpieza de la prótesis.....	59
Gráfico N°18. Distribución de lesiones bucales según la frecuencia de citas de control	61

CAPÍTULO PRIMERO

1. INTRODUCCIÓN

La población geriátrica en esta etapa de su vida sufre diferentes cambios, tanto a nivel sistémico como bucal, y el estado de su salud bucodental dependerá de los hábitos de higiene, del cuidado que reciba en el lugar de residencia, del grado de motilidad física, de las enfermedades sistémicas que padezca y de su acceso a tratamientos odontológicos. A nivel bucal uno de los principales cambios es la pérdida dentaria, ya sea parcial o total, constituyendo a la rehabilitación mediante prótesis removible en el tratamiento más requerido dentro del campo de la Odontogeriatría. Razón por la que es importante conocer las posibles reacciones de la mucosa bucal ante la instalación y uso de este tipo de prótesis; además de la asociación de diferentes factores que conducen a la aparición de diferentes lesiones bucales.

Este trabajo tuvo como propósito principal determinar la prevalencia de lesiones bucales asociadas al uso de prótesis removible en adultos mayores de 60 años en el Asilo de Ancianos San Ramón. Además de analizar la relación entre la presencia de estas lesiones con las condiciones funcionales protésicas, el grado de higienización, tiempo y frecuencia de uso de la prótesis; así como identificar el tipo de prótesis y material de la misma relacionado a las lesiones bucales detectadas.

Los datos obtenidos mostraron una prevalencia del 61% de lesiones bucales asociadas al uso de prótesis removible, entre las que se encuentra la úlcera traumática, con un 49% de los casos, seguida de la Estomatitis Subprotésica, con un 41% de los casos y la hiperplasia fibrosa inflamatoria con un 10%; lesiones relacionadas principalmente a prótesis que se encontraban desajustadas y en mal estado.

1.1 Antecedentes

La población anciana aumenta un 1,7 % anualmente a nivel mundial y Latinoamérica no es ajena a este fenómeno, el cual plantea retos de tipo económico, político y social para los estados y para las instituciones formadoras de profesionales de salud.¹ En Bolivia la población mayor de 60 años se incrementó en estos últimos años, como lo evidencian los datos recabados por el Instituto Nacional de Estadística INE el año 2012, en el que se reporta que de un total de 10.027.254 habitantes el 6,12% (613.667,945) corresponde a personas mayores de 65 años. Cifra que aumentará según las proyecciones del INE a un 10% para el año 2025 y a 16% de la población total para el año 2050.² Datos que indican que en corto y mediano plazo la población estará compuesta por ancianos en un porcentaje relevante, por lo que es importante diseñar e implementar programas de salud bucal dirigidos a este grupo etáreo, y así contribuir a mejorar la calidad de atención odontológica destinada a este sector de la población. Con tal objetivo es necesario conocer las alteraciones bucales que se pueden presentar en esta edad y los factores coadyuvantes para las mismas.³

En este sentido es bien conocido que las personas con más de 60 años, sufren cambios en la cavidad oral, siendo una de las principales características la pérdida dentaria; producto de factores locales como caries y enfermedad periodontal, y factores relativos al estado nutricional, enfermedades sistémicas y uso de medicamentos.⁴ Pérdida que representa un severo problema para la calidad de vida de un individuo, pues los mismos, además de ser un órgano funcional de la masticación, constituyen un componente fundamental en el habla, la comunicación interpersonal y la apariencia facial.⁵

También se ha observado que las personas desdentadas ingieren dietas con un bajo aporte de nutrientes y pueden presentar carencias nutricionales con mayor frecuencia que las personas dentadas, haciéndose fundamental el uso de prótesis dentales.¹ Estos sustitutos artificiales no sólo deben reponer los dientes, el hueso de soporte perdido y los tejidos blandos, sino que además deben restaurar las funciones

deterioradas y la apariencia. Si las restauran de un modo eficiente, no deben presentar movilidad ni impedir las actividades musculares englobadas en esas funciones. Sin embargo la restauración de la función y de la apariencia representa sólo la mitad del problema; la otra mitad radica en asegurar que las prótesis no tendrán efectos nocivos sobre los tejidos remanentes.⁶

Las prótesis al actuar mecánicamente sobre los tejidos, dan lugar a cambios de diversas índoles que están en relación con la capacidad reaccional de los tejidos y la forma de agresión que el aparato ejerza. Estos cambios son muy variados por presentarse desde simples modificaciones hasta profundas alteraciones patológicas.^{7, 8} Alteraciones que al tornarse crónicas y sumadas a hábitos como fumar y/o beber alcohol, además de las polipatías que los ancianos puedan sufrir, brindan un excepcional riesgo para la posible transformación a una lesión cancerosa.^{9, 10}

Los resultados de diferentes estudios internacionales, como los publicados por García Alpizar, Rodríguez y Ruiz Torres reflejan la elevada frecuencia de lesiones bucales asociadas al uso de prótesis removible que varían en porcentajes entre un 78,5%, 94% y 72%.^{4,5,11} Dentro de estas lesiones se mencionan: la úlcera traumática, la estomatitis subprotésica, la queilitis angular, la hiperplasia fibrosa inflamatoria, el fibroma, la leucoplasia, la candidiasis y la hiperqueratosis.³ Teniendo diferentes resultados en cuanto a la prevalencia de las mismas.

En el estudio *"Prevalencia de Patologías en Tejidos Blandos de la Cavidad Bucal Asociadas al uso de Prótesis Dental en Ancianos"* realizado en Maracaibo, Venezuela el año 2004, por Mildred Andrade se determinó que la patología más prevalente fue la estomatitis protésica, con un 45% del total de la muestra estudiada, seguida por la hiperplasia fibrosa inflamatoria, con un 15% y la queilitis angular con un 7.5%.³ Mientras que en el estudio *"Prótesis Totales y Lesiones Bucleas en Adultos Mayores Institucionalizados"* publicado el año 2012 en Cuba por Beatriz García y col. las lesiones más prevalentes fueron la estomatitis subprotésica, la úlcera traumática y la hiperplasia fibrosa inflamatoria con un 43%, 18% y 6,5% respectivamente.⁴

En el estudio *"Prevalencia de lesiones bucales asociadas al uso de prótesis dentales removibles, en un servicio de estomatología"* realizado en Bahía-Brasil el año 2007 por Gardênia Matos , la lesiones más prevalentes fueron: la hiperplasia fibrosa inflamatoria con el más alto porcentaje (29,42 %), seguido por la candidiasis crónica atrófica (20,6 %), la queilitis angular (8,82 %) y la úlcera traumática (8,82 %).¹² Otro estudio similar realizado en el periodo de 2011-2012 en Yucatán- Méjico, las lesiones más prevalentes fueron la estomatitis Subprotésica (42%) y la úlcera traumática (18,6%), datos coincidentes con estudio realizado por Jainkiavong el año 2009 en Brasil. ^{11,13}

Según los estudios citados, existe correlación entre la presencia de factores locales y la presencia de lesiones bucales; factores como la condición de integridad de la prótesis, desajuste de la prótesis y deficiente higiene bucal y de la prótesis. Además plantean que el tiempo de uso de la prótesis guarda relación con las lesiones, ya que el ajuste y la adaptación de la base a los tejidos se va perdiendo como producto del proceso de reabsorción propia.^{4, 11}

Otros estudios no tomaron como objeto de interés factores como el riesgo que tiene un individuo con un tiempo de uso prolongado, o con una prótesis desajustada o en mal estado, dentro de ellos se pueden mencionar:

Estudio elaborado por la odontóloga Iris Espinoza: *"Trastornos odontológicos en el adulto mayor"* presentado en el congreso de Geriatria y Gerontología, realizado en Santiago de Chile el año 2008. En el que se reportó que de una muestra de 889 pacientes, 65% usaba prótesis removibles en alguno de sus maxilares y de estos 53% presentaba algún tipo de lesión, siendo las más prevalentes la estomatitis subprotésica (22,3%), la hiperplasia irritativa (9,4%), las vârices de la mucosa oral (9%), la lesión pigmentada solitaria (4%), la úlcera traumática (3,5%) y la queilitis angular (2,9%).¹⁴

En el trabajo de grado realizado en Venezuela *"Factores determinantes que afectan el uso de Prótesis Removibles en adultos mayores rehabilitados en la clínica integral del adulto en la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Paéz en el*

periodo de septiembre-diciembre 2012”, se evaluaron 30 pacientes, encontrando que una minoría (30%) presentó algún tipo de lesión. Dentro de ellas el 13% correspondió a úlceras traumáticas, 10% a hiperplasias irritativas y 7% a estomatitis subprotésica.¹⁵

En una tesis doctoral realizada en Granada, España el año 2009, “Condiciones y lesiones orales en una población anciana institucionalizada de Castellón”, al revisar a 105 pacientes se determinó que un 63% presentaba algún tipo de condición o lesión oral. Se identificó como la más frecuente la xerostomía con un 30.5%, seguida de úlceras traumáticas con un 17%, varices linguales y candidiasis eritematosa con un 13% de prevalencia cada uno.¹⁶

Como se mencionó varios estudios internacionales han profundizado en el tema, mientras que en La Paz existen pocos trabajos publicados donde se analice el estado concreto de este problema en la población de adultos mayores. Contando como referencia un estudio realizado en el Asilo de Ancianos San Ramón el año 2009 titulado: “Prevalencia de lesiones en mucosa oral en la población adulto mayor portador de prótesis removible”, para el cual se seleccionó una muestra constituida por 50 adultos portadores de prótesis removible. De los mismos el 94% presentaron al menos una lesión en la mucosa bucal, siendo las patologías de mayor prevalencia: las alteraciones de desarrollo con un 72%, lesiones reaccionales con un 68% y lesiones infecciosas con un 8%. Las lesiones producidas por prótesis removible se consignaron como lesiones reaccionales, conteniendo a: la estomatitis subprotésica con un 36%, la úlcera traumática con un 28%, la queratosis friccional con un 14% y la hiperplasia fibrosa inflamatoria con un 12%. Y dentro de las lesiones infecciosas se mostró una prevalencia de queilitis angular de 6%, seguida de candidiasis con un 4% y 2% para la combinación de la queilitis y la candidiasis.¹⁷

Por ello, el propósito de este estudio fue identificar la prevalencia de las lesiones bucales en adultos mayores portadores de prótesis dentales, internos en el Asilo de Ancianos San Ramón de la ciudad de La Paz en la gestión 2014; así como también

identificar si están vinculadas con aparatos protésicos desajustados, en mal estado, el uso prolongado de las mismas y la frecuencia de su limpieza.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Bolivia gran parte de los adultos mayores son portadores de prótesis removibles, siendo la mucosa bucal susceptible a presentar diferentes alteraciones, que abarcan desde leves inflamaciones hasta infecciones severas. Varias de estas alteraciones se observan en personas que portan prótesis por un tiempo más prolongado que el recomendado, encontrándose las mismas desadaptadas e incluso en malas condiciones por fractura o desgaste. La frecuencia de uso y de limpieza de las prótesis, así como la higiene bucal y de la prótesis también influyen en la aparición de lesiones en la mucosa bucal.

Aunque existen varios estudios internacionales que han profundizado en el tema, se cuentan con pocos trabajos publicados que describan el estado concreto de este problema en nuestro medio. Siendo necesario describir la situación actual sobre el uso de prótesis removible, la relación de sus características y las lesiones bucales en una parte de la población geriátrica de la ciudad de La Paz.

2.1 Identificación del Problema

Las prótesis removibles desajustadas y en malas condiciones provocan lesiones bucales en adultos mayores de 60 años en el Asilo de Ancianos San Ramón.

2.2 Formulación del Problema

Por lo señalado anteriormente el problema del presente trabajo de grado radica en determinar:

¿Cuál es la prevalencia de lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis removibles en el asilo de ancianos “San Ramón” en la gestión 2014?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis removibles en el asilo de ancianos “San Ramón” en la gestión 2014.

3.2 Objetivo Específicos

1. Describir a la población de estudio según sexo y edad.
2. Identificar las lesiones en la mucosa bucal de aparición más frecuente, de acuerdo con edad y sexo.
3. Identificar el tipo de prótesis relacionada a las lesiones en la mucosa bucal.
4. Describir las lesiones bucales según la localización en los maxilares.
5. Identificar el material de prótesis removible relacionada a las lesiones bucales detectadas.
6. Identificar la relación existente entre la condición de la integridad protésica y la presencia de lesiones bucales detectadas.
7. Identificar la relación existente entre el estado técnico de la prótesis y la aparición de las lesiones detectadas.
8. Relacionar las lesiones bucales detectadas con el tiempo de uso de las prótesis actuales.
9. Relacionar las lesiones detectadas con la frecuencia de uso de los aparatos protésicos.
10. Identificar la presencia de lesiones bucales relacionadas con la calidad de higiene de las prótesis.

11. Identificar la presencia de lesiones bucales relacionadas con la frecuencia de citas de control del estado de la prótesis.

4. JUSTIFICACIÓN

4.1 Justificación Metodológica

El estudio para determinar la prevalencia de lesiones bucales asociadas a prótesis removible, se realizó en el Asilo San Ramón, uno de los más importantes de la ciudad de La Paz y con un número representativo de internos. Para la recolección de datos se empleó una ficha clínica elaborada especialmente, en la que se anotaron datos aportados por cada adulto mayor, así como los datos obtenidos mediante el examen clínico de la cavidad bucal. Examen que se llevó a cabo mediante el procedimiento de observación y palpación de la cavidad bucal, buscando lesiones y aquellos factores presentes que pudieran relacionarse con estas. El emplear este método permitió registrar las características presentes en cada individuo, de manera inmediata y fidedigna, posibilitando determinar el comportamiento de las variables y de esta manera dar respuesta a los objetivos planteados.

4.2 Justificación Teórica

Hasta la fecha se tienen pocos datos sobre la prevalencia de lesiones bucales relacionadas al uso de prótesis removible en nuestro medio, quedando este estudio como evidencia de esta asociación y de los factores que confluyen para su desarrollo. Además este estudio podrá servir como fundamento para posteriores estudios que profundicen en el tema, y posibilita que los resultados y conclusiones obtenidas, motiven a estudiantes de pregrado y postgrado de la facultad, para planificar una adecuada terapia protésica, donde el control y ajuste posterior a la instalación de las mismas, es un factor adicional a considerar para prevenir diferentes tipos de lesiones bucales.

4.3 Justificación Social

Se debe considerar que al no ser tratadas las lesiones bucales relacionadas al uso de prótesis removible, pueden llegar a generar serios trastornos en la cavidad bucal, provocando con el tiempo que el portador deje de usarlas, lo que ocasiona que la persona sufra alteraciones en la facies, fonética e incluso alteraciones nutricionales, que repercuten en el estado físico y mental del individuo. Al evidenciar con este estudio que las prótesis desajustadas o en malas condiciones provocan lesiones bucales, se podrá planificar programas de prevención y educación destinados a adultos mayores, y de esta forma evitar una mayor incidencia de estas alteraciones y así contribuir a elevar la calidad de vida de este sector de la población.

5. ALCANCE

5.1 Alcance Temporal

El presente estudio se realizó desde el mes de junio al mes de diciembre del año 2014.

5.2 Alcance Espacial

El estudio se realizó en el Asilo de Ancianos de San Ramón, en la ciudad de La Paz.

CAPÍTULO SEGUNDO

6. ESTADO DEL ARTE

6.1 Generalidades

Los adultos mayores se necesitan adaptar a diferentes cambios biológicos y psicológicos, dentro de los que se incluyen la pérdida parcial o total de piezas dentarias. Debiendo recurrir al uso de prótesis removibles para restablecer las dos grandes funciones del sistema estomatognático: las fisiológicas y la que podría llamarse de interacción social. Dentro de la primera se encuentran la incisión, desgarrar de alimentos, masticación, conformación del bolo alimenticio, articulación del lenguaje, iniciar los procesos de nutrición y deglución; y en la segunda se incluyen la comunicación por medio de palabras y/o gestos, reír, sonreír, etc. ^{6, 1}

La prótesis removible es un elemento artificial destinado a restituir una o varias piezas dentarias y los tejidos orales contiguos. La rehabilitación oral de un paciente mediante estos aparatos se traduce en un proceso adaptativo que conlleva a una serie de cambios tisulares locales y sistémicos, de lo cual dependerá el éxito del tratamiento.¹⁸ Cambios que se suman a las modificaciones que sufren varios tejidos bucales durante el proceso normal de envejecimiento, los que pueden coadyuvar en el desarrollo de lesiones bucales. Además otros cambios se presentan en la cavidad bucal como consecuencia del consumo de ciertos medicamentos o en relación directa o indirecta con factores extrínsecos como el tabaquismo y la higiene oral. Este último factor puede estar limitado por alteraciones psicomotoras y psicosociales, las cuales llevan al deterioro e incapacidad de los procesos de autocuidado. ^{19, 20}

6.2 Salud Oral para el Adulto mayor en Bolivia

En el ámbito público, se cuenta con algunos programas que incorporan la atención odontológica:

El 30 de diciembre de 2013 se emitió la ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral en la que se establece la unificación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y el Seguro para el Adulto Mayor (SPAM), porque ambos no cubrían el total de las atenciones, ahora con este Servicio ambos seguros serán cancelados por prestaciones, es decir por el tipo de atención. Sin embargo este seguro cubre solo la atención primaria en odontología, es decir que no abarca la rehabilitación protésica.²¹

Por otro lado el año 2010 con el Proyecto de la Prevención de la Salud Oral del Ministerio de Salud se dio inicio a la segunda fase del mismo, beneficiando a los adultos mayores a nivel nacional; proyecto que se basa en la elaboración e instalación de prótesis removibles, parciales o totales de manera gratuita. A nivel nacional se entregaron 9.294 prótesis hasta el año 2013 y en La Paz 1.200 prótesis. En el mismo no se incluye un control tiempo después a su instalación, por lo tanto no se realizan ajustes a éstas y tampoco se evalúa el éxito o fracaso a largo plazo.²²

Los problemas en la atención odontológica del adulto mayor no están establecidos debido a la ausencia de estudios que evalúen la salud oral del adulto mayor, así como el funcionamiento de los servicios públicos que brindan este tipo de atención. Y al no contar con conclusiones validas provenientes de investigaciones, no se generan políticas y programas de prevención para mejorar la rehabilitación odontológica.

6.3 Cambios en la cavidad bucal de los adultos mayores

Durante el proceso de envejecimiento las células del cuerpo cambian y se deterioran dando lugar a alteraciones en la estructura y funcionamiento normal de los diferentes órganos. La cavidad bucal, no es una excepción, sufre algunos cambios naturales asociados a un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo la vida. ^{19, 23} Entre los cambios más significativos que pueden ser vistos en las personas a medida que la edad avanza se encuentran:

6.3.1 Cambios en el tejido dentario

Debido a la masticación los dientes sufren un desgaste natural conocido como atrición, a lo que se suman las lesiones cariosas, lesiones no cariosas como las abfracciones, enfermedad periodontal y bruxismo entre otras; las cuales actúan como agentes externos que afectan con el tiempo la capa odontoblástica de la pulpa, que forma dentina secundaria o tejido pulpar duro que comprime la cámara pulpar original, dificultando los tratamientos endodónticos posteriores. Así también la caries radicular prevalece sobre la coronaria, gracias a la retracción gingival y disminución del fluido gingival.¹⁸

6.3.2 Cambios en el periodonto

La enfermedad periodontal es una de las patologías más comunes en el adulto mayor, aunque no es una enfermedad propia de la vejez siendo más bien el resultado acumulativo de varios años de progresión. Por ello no se debe considerar a la edad como un factor de riesgo, ya que la etiología de la enfermedad periodontal es considerada multifactorial, no siendo determinantes para su progreso los cambios suscitados en el tejido gingival y en el ligamento periodontal en este periodo de la vida.⁹

Mientras que el epitelio gingival sufre un adelgazamiento, en el hueso alveolar se presenta una atrofia ósea generalizada, la cual va a depender de la pérdida dentaria, si se trata de uno o varios dientes y del uso de prótesis dental. Pues la pérdida de varios dientes produce que la disminución ósea se presente de manera generalizada y a mayor velocidad, la que generalmente es cuatro veces mayor en la mandíbula que en el maxilar superior.¹⁸

6.3.3 Cambios en la mucosa bucal

La mucosa bucal es un tejido de revestimiento y protección de la cavidad bucal, que cubre carrillos, encía, lengua y paladar; es de color rosado o rojizo, dependiendo de su ubicación a menos que haya un padecimiento que la afecte. Sus funciones son múltiples, entre ellas tenemos: la de identificar el sabor de los alimentos y sustancias

que pasan por la cavidad bucal; también es responsable de la absorción de medicamentos y otras sustancias, así como de conservar la hidratación del aire inspirado y regular su temperatura.²⁴

La protección que ofrece la mucosa a la cavidad bucal es de dos tipos: física gracias a la estructura histológica del epitelio y el tejido conectivo e inmunológica a través de la producción salival rica en factores quimiotácticos, además de enzimas como la amilasa que permite el procesamiento del bolo alimenticio.²⁵ En los adultos mayores, la mucosa puede perder brillo, textura y elasticidad, presentándose pálida por disminución y obliteración de capilares submucosos. Se encuentra adelgazada y frágil debido a un tejido conectivo deficiente, disminución o aumento del estrato córneo, cambios que la vuelven más frágil por lo que tiende a lesionarse con mayor facilidad; respondiendo a traumatismos protésicos y de otro tipo con la formación de úlcera.¹⁸

Además de las modificaciones por la edad, el uso de prótesis removible puede influir en los cambios que sufre la mucosa bucal, como lo muestra un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Perú, para determinar los cambios histométricos del epitelio de la mucosa masticatoria palatina producida en pacientes portadores de prótesis completa. En el que se observó una disminución en los valores del grosor del epitelio y de la capa córnea, en un promedio de 14.87% y 36.98% de reducción, respectivamente. En ésta se incluyeron exámenes clínicos, exámenes radiográficos de tipo oclusal, modelos de estudio y biopsias de la mucosa masticatoria palatina. La biopsia se realizó antes y después del uso de las prótesis completas, obteniéndose una muestra de mucosa palatina de aproximadamente 2mm, de la región del primer molar superior derecho, a un cuarto de la distancia entre la cresta del reborde y la línea media o rafe palatino; muestra de tejido que incluyó mucosa, lámina propia y una porción de submucosa.²⁶ El grado de queratinización también varió, observándose una tendencia hacia la paraqueratinización. Estos cambios son parte del proceso de adaptación funcional de la mucosa masticatoria palatina ante el uso de prótesis completas.²⁷

6.3.4 Cambios en la musculatura bucal

Con el incremento de la edad disminuye la fuerza masticatoria debido a la pérdida de los elementos contráctiles y su reemplazo por tejido fibroadiposo en los músculos masticatorios.³ Siendo estos cambios diferentes cuando el anciano presenta edentulismo total o parcial con sustitución por una prótesis dental; lo que confiere mayor participación a los músculos peribucales, la lengua se hipertrofia, el suelo de la boca se eleva por las glándulas sublinguales y aparece sobre las crestas óseas atrofiadas. Además la pérdida progresiva de piezas dentarias ocasiona problemas en la masticación y afecta estéticamente al individuo al producir cambios en la altura facial y se produce una apariencia prognática.¹⁶

6.3.5 Cambios en la ATM

La Articulación temporomandibular une el cráneo con la mandíbula por una estrecha y compleja relación que depende en gran medida de los dientes, razón por la que la pérdida parcial o total de los mismos descompensa la integridad funcional de la ATM.¹⁶ Añadido a ello la articulación con el envejecimiento se vuelve más susceptible a los cambios degenerativos como la osteoartritis degenerativa, la artrosis y la osteoporosis, que afectan a todas las articulaciones del cuerpo. También se presenta una tendencia al aplanamiento de la superficie articular, distensión de cápsula y de los ligamentos de la ATM, por lo que muchos ancianos sufren molestias dolorosas y dificultad para masticar debido a trastornos resultantes de este proceso.^{25, 28}

6.3.6 Cambios en la Percepción del sabor

Un cambio esperado del proceso de envejecimiento, es la disminución del número de papilas gustativas que se encuentran en la cara dorsal de la lengua, cambio que comienza alrededor de los 40 a 50 años de edad en las mujeres y 50 a 60 años de edad en los hombres. Cada papila gustativa que queda también comienza a atrofiarse y la sensibilidad a las cuatro sensaciones gustativas no parece disminuir hasta después de la edad de 60 años, si es que sucede. Hecho que está relacionado

con cambios en el sentido del olfato, puesto que la mayor parte del sabor proviene realmente de los olores y ambos sentidos interactúan estrechamente para ayudar a la degustación de los alimentos.¹¹ También la pérdida del gusto en ancianos se debe a la obturación de los receptores de textura, temperatura y gusto del paladar, con frecuencia agravadas o condicionadas por los diseños de las prótesis dentales.²⁸

6.3.7 Cambios en las Glándulas salivales

Con el envejecimiento se produce una reducción del flujo salival, producto de la pérdida de células en los acinos glandulares, pero en mayor porcentaje como consecuencia de ciertas patologías sistémicas y del uso de ciertos fármacos, tales como antihipertensivos, diuréticos, tranquilizantes, antihistamínicos, antidepresivos, descongestionantes, estrógenos y anoréticos, con la consiguiente menor lubricación de los tejidos bucales, lo que los hace aún más lábiles ante cualquier trauma.²³ Sin embargo esta disminución en la producción de saliva, no es una regla en todos los adultos mayores y se ve reflejada proporcionalmente a la ingesta de agua por parte del adulto.²⁴

La saliva contribuye a la integridad, conservación y mantenimiento de los tejidos bucales, siendo indispensable para el adecuado funcionamiento de la cavidad bucal, porque protege al esmalte fungiendo como defensa y coadyuva en la remineralización, lubrica, regula el pH, otorga protección inmunológica a los órganos dentarios y neutraliza el ácido producido tras las comidas. Con el proceso del envejecimiento disminuyen los elementos de protección y estructura de la saliva tornándola más acuosa y perdiendo mucina por lo que es de menor calidad. Y la xerostomía prolongada afecta la movilidad de la lengua, dificulta la ingestión de líquidos y alimentos y puede producir problemas para usar prótesis dentales.^{16, 28}

6.4 Efectos de la Rehabilitación Protésica

Los pacientes que utilizan prótesis removibles pueden presentar efectos adversos en los tejidos de soporte, los cuales pueden ser divididos en secuelas directas e indirectas.¹⁵

6.4.1 Secuelas Directas

a) Reabsorción del reborde alveolar residual: Este es un proceso de pérdida ósea que se presenta en todos los pacientes, variando de manera individual con el grado de pérdida de hueso post extracción dentaria y el uso de prótesis dentales. Lo que se convierte en un problema tanto como para el paciente como para el rehabilitador.²⁹

b) Síndrome de la boca urente: es una condición relacionada con el uso de prótesis totales, caracterizada por ardor y sensación dolorosa en la boca con mucosa normal. El sitio que puede ser afectado con mayor frecuencia es la lengua, siendo su causa multifactorial, pudiendo existir factores locales, sistémicos y psicogénicos. Puede suceder cuando existe xerostomía pero hay poca evidencia científica de esta relación directa. Para la terapia de esta condición se debe mejorar las deficiencias de las prótesis, sin embargo si no existen estas deficiencias se deberá considerar otros factores para su origen.¹⁵

c) Reacciones alérgicas a los materiales dentales: Las verdaderas alergias al acrílico son raras y la sensación de ardor se adjudica generalmente a una reacción alérgica de los tejidos de soporte al metacrilato de metilo. El monómero libre en bases de dentaduras curadas en forma incompleta o rebases con resinas de autopolimerización también son las causantes de estas molestias.²⁹

Para confirmar el diagnóstico se precisa el cumplimiento de los siguientes criterios:

- La exposición previa al alérgeno.
- Patrones patológicos como enrojecimiento, necrosis o ulceración.
- Resolución cuando el alérgeno es retirado.

- Reparación al exponerse nuevamente el alérgeno.
- El patch test positivo.³⁰

6.4.2 Secuelas Indirectas

a) Reducción de la función masticatoria y fuerza de corte: Al realizar las mediciones de la función masticatoria, tal como la fuerza del corte y la habilidad de moler los alimentos, se muestran sustancialmente reducidas en los usuarios de prótesis en comparación con personas con dentición natural. Varios estudios han validado la hipótesis de que la función masticatoria disminuye lentamente en presencia de una adaptación funcional o un estado de oclusión premolar, esto significa tener cuatro unidades remanentes oclusales, luego de esto la función masticatoria se deteriora rápidamente. La reducción de la eficiencia masticatoria puede inducir cambios en la selección dietética e ingesta de nutrientes, con riesgo de perjudicar el estado nutricional.¹⁵

b) Trastornos fonéticos: En el desdentado total son muy marcados en el primer período, posteriormente suele compensarse modificando los puntos fonoarticulatorios. Las prótesis inmediatas, reducen en forma notable estos trastornos.²⁹

c) La estética: Aunque los avances en el campo de la estética han logrado dar naturalidad en cuanto al color, forma y posición de las piezas dentarias artificiales, siempre durante el tratamiento protésico se debe tener en cuenta, la opinión y aceptación del paciente, considerando que la percepción de lo estético es diferente en cada individuo.¹⁵

6.5 Lesiones en la cavidad bucal asociadas al uso de Prótesis Removible

La acción de cubrir la mucosa masticatoria con una prótesis constituye para el tejido una agresión mecánica no fisiológica. Los efectos de presión, tracción y empuje que con ella se producen, pueden causar acciones irritantes sobre la misma. Cuando estos efectos son de mayor intensidad, suponen un estímulo patógeno que rompe ese equilibrio y conduce a una irritación tisular, acompañada de sus consiguientes

reacciones inflamatorias. Las lesiones bucales asociadas al uso de prótesis, pueden ser de dos tipos: agudas, producidas por prótesis nuevas o mal ajustadas que ejercen presión excesiva sobre los tejidos blandos provocando isquemia de la mucosa, úlceras y dolor; y las lesiones crónicas, como consecuencia de la alteración gradual del tejido de soporte debido a prótesis removibles desajustadas que se tornan inestables. Entre las primeras se encuentran: máculas, pápulas, placas, nódulos, vesículas, ampollas y pústulas, y las segundas se clasifican en: erosiones, úlceras, fisuras, escoriaciones, atrofas, esclerosis, costras y escamas.³¹ El diagnóstico de estas lesiones se basa generalmente en exámenes clínicos y en la historia clínica, aunque algunas veces sea necesario recurrir a estudios auxiliares de diagnóstico como la biopsia.³²

6.5.1 Principales factores que llevan a la aparición de lesiones en la cavidad bucal asociadas al uso de Prótesis Removibles.

Dentro de los principales factores que llevan a la aparición de lesiones en la cavidad bucal asociadas al uso de prótesis removible parecen estar los de carácter traumático, la mala higiene bucal y la xerostomía.

a) Trauma local

La prótesis actúa como un cuerpo extraño que traumatiza las mucosas que la soportan, y en la medida que pasa el tiempo se desajustan producto del proceso de reabsorción alveolar propio, causando afecciones que si no se tratan pueden aumentar en gravedad. Dentro de estas se incluyen las quemaduras, la mucosa mordisqueada, maceración y úlceras; además de las lesiones resultantes de la reacción irritante y alergia al material en la elaboración de la misma. Lesiones que son resultado de una incorrecta planificación del tratamiento protésico y desadaptación de la prótesis.^{8, 24}

Incorrecta planificación del tratamiento protésico: El diseño y planificación de la Prótesis Removible es fundamental para una adecuada adaptación de la misma en la cavidad bucal y así evitar lesiones orales. Teniendo el odontólogo que prestar

especial atención a los factores como el tipo de reborde alveolar, la tonicidad de los músculos, el espacio inter-maxilar, la articulación temporomandibular, defectos de los márgenes cervicales, salud periodontal y la extensión de la prótesis.^{8, 32}

Desadaptación de la prótesis: A medida que pasa el tiempo los rebordes óseos de la mandíbula y maxila se reabsorben y los bordes protésicos se extienden de manera gradual hacia el interior del vestíbulo, tornándose en un elemento de irritación crónica. La reabsorción de los rebordes influye en la estabilidad protésica y el desgaste de los dientes modifica el patrón de contactos oclusales, e interfiere en la dimensión vertical, estabilidad y eficiencia masticatoria.³³

b) Higiene oral y de la Prótesis Removible

Las lesiones bucales asociadas al uso de prótesis removible ocurren debido a la poca información que los pacientes tienen en relación a las normas de higiene oral y de la prótesis; y en relación al uso y frecuencia de utilización de la misma.³⁴ Razón por la que se vuelve esencial que el odontólogo oriente y concientice a los pacientes sobre la relevancia de la higiene bucal y de las prótesis de manera adecuada para preservar su salud oral y sistémica, así como para mantener sus prótesis.³⁵ No se deberían confeccionar prótesis antes de conseguir que el paciente mantenga unos niveles mínimos de placa bacteriana, pues no convendría realizar una prótesis bien confeccionada si en pocos meses queda comprometida por causa de caries en los dientes remanentes y lesiones asociadas.³²

Las dificultades para la higiene de la prótesis se relaciona con las micro porosidades propias de las resinas acrílicas, las que favorecen la adherencia de microorganismos a la superficie de la prótesis, adherencia que favorece el desarrollo de determinadas patologías en la mucosa bucal. Razón por la que es importante que el odontólogo informe al paciente sobre algunos métodos y hábitos de higiene; incluidos dentro de ellos la higienización de la prótesis después de cada comida para evitar la acumulación de restos de alimento, teniendo el cepillado como método más utilizado, además del uso de sustancias químicas de inmersión como coadyuvantes. También

se recomienda su remoción en la noche, puesto que los tejidos bucales deben descansar de la presión a la que se ven sometidos.^{36, 37}

c) Xerostomía

La xerostomía que se presenta en los ancianos no es fisiológica, sino, en general, manifestación de una enfermedad o efecto secundario de algún medicamento. Suele ser un síntoma de enfermedades sistémicas como la diabetes, uremia, síndrome de Sjögren, deshidratación, procesos inflamatorios crónicos o fracaso cardiaco. Entre los medicamentos que producen xerostomía y son consumidos por los ancianos están los antihistamínicos, diuréticos, tranquilizantes, antihipertensivos y anticolinérgicos.²⁵

La xerostomía favorece el crecimiento bacteriano, adherencia de la lengua a la base de la prótesis, así como la permanencia de éstas en su sitio. En el artículo de Jaikittivong se verifico que la xerostomía o alguna alteración funcional de las glándulas salivales pueden llevar a una mayor sensibilidad de la mucosa oral, la que a su vez puede propiciar un aumento de lesiones orales.¹³ El tratamiento estará destinado a la etiología junto con medidas que pueden ayudar como evitar alimentos secos, alcohol y tabaco, favorecer la higiene bucal y estimular la salivación con limón o goma de mascar, también se pueden usar preparaciones comerciales o caseras de saliva artificial.³

6.5.2 Lesiones más frecuentes en la cavidad bucal asociadas al uso de Prótesis Removible.

Son diversas las alteraciones que se pueden observar en la mucosa bucal relacionadas al uso de prótesis removible, dentro de estas podemos citar a la úlcera traumática, estomatitis subprotésica, queilitis angular, hiperplasia fibrosa inflamatoria, fibroma, leucoplasia, candidiasis, hiperqueratosis, alergia, alteraciones linguales, granuloma piógeno e hiperplasia papilar inflamatoria. En varios estudios se evidencio que las más frecuentes son la úlcera traumática, la Estomatitis subprotésica, la hiperplasia fibrosa inflamatoria y queilitis angular.^{18,4, 7}

6.5.2.1 Úlcera traumática

La úlcera traumática de la mucosa oral es una lesión única o múltiple caracterizada por la destrucción del revestimiento epitelial de parte del tejido subyacente.²⁵ Es causada por alguna forma de traumatismo de distinta naturaleza; a saber: físico, químico, eléctrico o térmico. Algunos ejemplos de trauma físico comprenden el mordisco, los alimentos con aristas, cepillado inadecuado, borde filoso de una pieza fracturada o cariada y bordes afilados de coronas, restauraciones y prótesis. Los traumatismos químicos resultan de la acción de sustancias escarificantes o causticas, tales como el fenol, ácidos y ciertos aceites esenciales. El trauma eléctrico es causado por masticar cables eléctricos, donde la saliva actúa como un medio conductor y un arco eléctrico entre los flujos de la fuente eléctrica y los tejidos, causando el calor extremo y la posible destrucción de tejidos. El calor excesivo bajo la forma de líquidos o alimentos calientes es un tipo de trauma térmico relacionado con úlcera.³⁸ También durante la terapia antineoplásica, por quimioterapia, las úlceras son manifestaciones muy frecuentes, localizadas sobre todo en la lengua, mucosa yugal y labios; las que provocan sintomatología dolorosa.³⁹

El aspecto clínico de la úlcera traumática varía según la localización, naturaleza e intensidad del traumatismo y del grado de infección secundaria existente. Puede alcanzar tamaños de milímetros hasta centímetros de diámetro, con forma redondeada, oval o irregular; su superficie puede ser llana o ligeramente deprimida, constituida por exudado serosanguinolento o serofibrinoso grisáceo y puede estar cubierta por una pseudo membrana blanca amarillenta que al ser retirada revela una base de tejido denudado, a menudo rodeado por un estrecho halo rojo. Generalmente va acompañada de síntomas como dolor o molestias; que se intensifican con el contacto de alimentos o líquidos irritantes. La infección secundaria afecta su aspecto, observándose de mayor tamaño, más irregular y cubierta por una capa densa a través de la que se puede observar un exudado purulento.^{38, 39}

Histológicamente se presenta como una úlcera inespecífica, donde hay pérdida de continuidad de la superficie epitelial, cubierta por un exudado fibrinoso. El corión se

muestra densamente infiltrado de células mononucleares y PMNN, especialmente bajo la úlcera. Hay prominente actividad fibroblástica, y también numerosos vasos de neo formación cerca a la malla de fibrina. ⁴⁰

El diagnóstico se establece basándose en la presentación clínica de la lesión, aunque cuando las lesiones son múltiples o su aspecto se deforme por infección secundaria o por traumatismo repetidos, los antecedentes compilados en la historia clínica pueden ayudar al diagnóstico. La mayor parte de las úlceras son de corta duración y solo permanecen durante 7 a 10 días, sin embargo pueden persistir durante semanas o meses a causa de traumatismos repetitivos. Para la identificación de este tipo de úlceras no son necesarios los métodos de diagnóstico de laboratorio, como la biopsia, a menos que su aspecto se asemeje a una enfermedad más seria, como un carcinoma ulcerado, o la úlcera no desaparezca pasados 15 días de eliminada la causa. Además si existe infección secundaria agravada, el cultivo ayudara a identificar los microorganismos responsables. ³⁸

La úlcera traumática causada por irritación protésica se desarrolla generalmente pocos días después de la instalación de prótesis nuevas, como resultado de bordes sobre extendidos, una confección no adecuada de ellas, por presión indebida en alguna zona o presencia de espículas óseas bajo las prótesis. Desaparecen en un plazo de dos semanas y su prevención incluye la planificación en la extensión de la base de la prótesis y el ajuste oclusal, distribuyendo las cargas masticatorias lo más uniformemente posible sobre a mucosa masticatoria.⁴¹ El tratamiento consiste en corregir la causa subyacente, pudiendo además recurrir a medidas paliativas como la aplicación de corticóides e antiinflamatorios tópicos para el alivio de la sintomatología dolorosa.³⁹ Si el tratamiento no se hace con prontitud, el tejido circundante prolifera como reacción a la injuria pudiendo evolucionara lesiones de tipo proliferativa, como la hiperplasia.⁴²

6.5.2.2 Estomatitis Subprotésica

La Estomatitis Subprótesisca es una de las alteraciones que más comúnmente se diagnóstica dentro de la Patología Bucal, caracterizada por una inflamación crónica de la mucosa oral que está en contacto con prótesis removible. Es una lesión de fácil identificación porque se presenta como una mucosa intensamente eritematosa, brillante y atrófica, siendo mucho más frecuente en el paladar donde dibuja perfectamente la base protética tanto si es metálica como acrílica.⁴² Ocasionalmente se percibe una sensación viscosa al palpar su superficie.³⁸ Siendo en la mayoría de los casos asintomática, a menudo el paciente puede manifestar una ligera sensibilidad o sensación de quemazón y picor o hasta dolor.⁴³

La denominación más correcta para esta enfermedad ha creado controversia, debido a que no presenta una condición o característica clínico-patológica única. En este sentido desde la primera denominación empleada por Cahn en 1936, "Denture sore mouth" lo que puede ser traducido como llaga o herida; han existido otras denominaciones como el de "Chronic Denture Palatitis" empleada por Prior también en 1936, con la cual hacía referencia a la cronicidad del proceso y su ubicación anatómica. En 1963 Cawson la denomina "Denture Stomatitis", término más aceptado en la lengua inglesa, que se traduce como Estomatitis protésica. Además ha sido descrita como: Candidiasis Atrófica Crónica e Hiperplasia papilar inflamatoria del paladar, denominaciones que hacen referencia a alguna de las características de esta alteración.⁴³ En el presente trabajo se ha adoptado la definición de Estomatitis Subprotésica, por ser aceptada universalmente y porque resume los aspectos que identifican a esta alteración, la inflamación y su asociación protésica.

A pesar de ser una alteración común, no existe una causa determinada considerándose actualmente de etiología multifactorial, dentro de los factores relacionados se encuentran: trauma asociado al desajuste de prótesis, mala higiene, uso permanente en boca, infección fúngica, alergia a los componentes acrílicos y antecedentes sistémicos adicionales como diabetes, disfunción endocrina, anemia, infección por HIV que facilitan su desarrollo por el compromiso del estado

inmunológico.^{44,43} Dentro de estos factores podemos considerar especialmente importantes a los siguientes:

A. Factores Predisponentes

Higiene oral deficiente

La estomatitis protésica aparece más frecuentemente en portadores de prótesis con mala higiene oral, porque ésta trae como consecuencia el desarrollo y presencia de placa bacteriana, la cual favorece la colonización por parte de *Candida*, tanto en la superficie de las prótesis como en la mucosa bucal. Situación favorecida por la superficie rugosa y porosa de la base protésica, por la temperatura de la boca y la presión negativa en la interfase resina-mucosa, que estimulan en primer lugar el desencadenamiento de la reacción inflamatoria en la mucosa bucal.^{42, 43}

La mayor parte de las lesiones de la estomatitis originada por una prótesis se intensifican al ser invadidas por microorganismos de la flora bucal, por lo que la infección es casi siempre secundaria a alguna otra causa que inicio el proceso.⁴¹ La presencia de bacterias como estreptococos y actinomicetes en la placa bacteriana induce al organismo a producir proteasas como IgA y enzimas como amino-peptidasas, hyaluronidasas, condroitinasas y neuraminidasas, las cuales provocan un incremento en el exudado inflamatorio que no sólo favorece la colonización bacteriana, la proliferación de levaduras principalmente de especies de *Candida* sobre la mucosa que se encuentra en contacto con la superficie de la prótesis, sino que pueden aumentar la patogenicidad de las sustancias bacterianas, al destruir las inmunoglobulinas salivales, que conlleva a la atrofia epitelial.⁴⁴

La *Candida Albicans*, es un miembro frecuente de la microflora bucal, donde presenta una colonización saprofítica, caracterizándose por ser patógeno oportunista capaz de causar infecciones leves y graves bajo la influencia de diferentes factores predisponentes.²⁵ Además se encuentra como comensal en el tracto respiratorio, tracto intestinal, vagina y en piel, donde reside con mayor frecuencia en los pliegues naturales, que son los sitios de mayor humedad; por lo que al manipular la prótesis

para colocársela, los pacientes pueden infectarse las superficies dactilares por *Candida*, creando un círculo de reinfección sucesiva entre los dedos y la cavidad oral y viceversa. Razón por la que es importante insistir en las medidas de higiene personal incluyendo un correcto lavado de las manos.⁹

Así también la limpieza inadecuada de las prótesis favorece el desarrollo de un biofilm adherente y acumulo de placa bacteriana, por lo que es importante informar a los pacientes sobre algunos aspectos tales como: La higienización de la prótesis después de cada comida para evitar la acumulación de restos de alimento, usando un cepillo dental y jabón líquido. Se deben retirar las prótesis para dormir, con el propósito de que los tejidos bucales descansen de la presión a la que se ven sometidos y revisar las prótesis con el propósito de observar si tienen rasgaduras, fisuras o puntos ásperos que favorecen el acumulo de placa bacteriana.²³

B. Factores dependientes del huésped

Los adultos mayores suelen presentar diferentes enfermedades sistémicas, que los predisponen a desarrollar estomatitis protésica. Entre ellas podemos citar: senectud, discrasias sanguíneas, los trastornos endocrinos especialmente la diabetes, las enfermedades graves como el SIDA, las neoplasias y otras alteraciones del sistema inmunológico, como también las alteraciones nutricionales, las deficiencias de hierro, ácido fólico y vitaminas, la malabsorción gastrointestinal y las dietas ricas en carbohidratos.²¹ Este último puede ser un factor agravante, ya que los carbohidratos son un excelente caldo de cultivo para la proliferación de los microorganismos en la placa bacteriana.⁴³

Por la edad el flujo salival en adultos mayores disminuye, por lo que carecen de la película salival formada sobre todas las superficies, que es un método de protección de la cavidad bucal. Además con ello, no cuentan con lisozimas, lactoferrina y las citoquinas salivares que inhiben y controlan el crecimiento de las colonias de *Candida*.⁴² Los antibióticos y los corticosteroides tópicos y en aerosol, también han sido considerados como factores predisponentes, posiblemente por el mayor tiempo de contacto con la mucosa bucal. Por otro lado el tabaco, que provoca

hiperqueratinización epitelial con variaciones cualitativas de la saliva y variación de la flora bucal; el uso de colutorios que contienen alcohol, así como las bebidas alcohólicas han sido considerados.⁴³

C. Factores dependientes de la prótesis

El simple hecho de portar la prótesis es un factor predisponente para el desarrollo de esta lesión, gracias a que se crea un ambiente cerrado, anaerobio, entre la prótesis y la mucosa, con lo que se favorece a la colonización de microorganismos, en especial de *Candida*. Las prótesis generalmente están confeccionadas en su totalidad o en mayor porcentaje, por resina de polimetilmetacrilato y sobre este sustrato la *Candida* genera una matriz extracelular que contiene menos proteínas e hidratos de carbono y más glucosa y galactosa, que si la *Candida* creciese en condiciones normales. Lo que explica su mayor resistencia a los tratamientos antifúngicos, y productos como amfotericina B, nistatina, clorhexidina y fluconazol, observadas en algunos estudios. Si además la superficie de la resina es rugosa, con una elevada porosidad o esta deteriorada, favorece la acumulación de placa bacteriana y la aparición de la enfermedad.⁴⁵

El trauma generado por algunas prótesis sobre la mucosa hace que ésta sea más susceptible a la aparición de la estomatitis. Dentro del trauma protético podemos incluir el desajuste de la prótesis y los malos hábitos de su utilización. El desajuste se refiere a un deficiente estado funcional, por ejemplo, falta de soporte, de retención, fallas oclusales y de relación vertical.⁴⁶ Las prótesis mal ajustadas, pueden tener diferentes orígenes como el relacionado con las etapas de confección e instalación de la prótesis y el relacionado al tiempo de uso de las mismas. En el primer caso se pueden señalar la impresión definitiva, un defectuoso registro de las relaciones intermaxilares horizontales, así como también, inadecuados balances oclusales.⁴¹

Una incorrecta impresión o un vaciado incorrecto con poros en el modelo, conducirá inevitablemente a la aparición de lesiones que podrían desarrollarse en cualquiera de las zonas de superficie mucosa de soporte. Un defectuoso registro de las relaciones

intermaxilares horizontales e inadecuados balances oclusales son las causas más frecuentes de inestabilidad. Así también el desgaste de las superficies oclusales ocasionan pérdida de las relaciones horizontales de los maxilares, así como una disminución de la dimensión vertical, provocando un aumento de la inestabilidad protética y con ello la aparición de la Estomatitis, fenómeno al que se le puede asociar Queilitis angular.³⁵

El uso de prótesis por un tiempo más allá del recomendado, lleva al desajuste de las prótesis y por tanto éstas actúan como un factor traumático para la mucosa bucal. Así también el uso continuo, sin descanso durante el día y la noche, puede favorecer el desarrollo de Estomatitis Sub-protésica porque se incrementa el tiempo de exposición de la mucosa a la base protésica, además de observarse un aumento de la frecuencia y densidad de *Cándida Albicans* en la superficie de asiento de la prótesis. Razón por la que muchos investigadores le confieren gran importancia al tiempo de uso diario y recomiendan un receso entre seis y ocho horas al día.^{43, 44}

La etiología multifactorial de esta lesión, se evidencio a partir de trabajos como el de Carvalho de Oliveira el año 2000, en el que después de buscar la eventual relación de la estomatitis protésica con una serie de variables, constataron que ningún factor aislado fue significativo para el desarrollo de esta alteración, no pudiendo relacionar un factor como causal específico.⁴⁷ Y aunque se acepta la participación fúngica del género *Candida*, principalmente *Candida Albicans*, existen estudios que cuestionan su papel en el desarrollo de esta lesión, como el realizado en 2003 por BARBEAU. Donde se investigó a pacientes portadores de prótesis total superior y determinaron que la presencia de *Candida* en las prótesis presento poca asociación con la extensión del área afectada por la estomatitis, no demostrando asociación con su presencia o ausencia.⁴⁸

Para el diagnóstico definitivo se usarán pruebas confirmatorias de laboratorio, tales como el examen directo de frotis de la mucosa, para identificar micelas o hifas y/o aislamiento de altas concentraciones de *Cándida* desde las lesiones. La biopsia no constituye un diagnóstico de la etiología de la Estomatitis Subprotésica, porque los

cambios inflamatorios epiteliales se presentan asociados a cualquiera de los factores citados. Aunque se encontró que la atrofia epitelial, el adelgazamiento del estrato corneo e infiltración leucocitaria intraepitelial fueron encontrados más pronunciadamente en asociación a *Cándida* que en la asociación al trauma.⁴²

D. Clasificación de la Estomatitis Protésica

Desde el punto de vista clínico existen varios tipos de Estomatitis Protésica, dependiendo del aspecto de la mucosa inflamada, la cual sufre modificaciones de acuerdo a la evolución de la enfermedad, pudiendo variar la gravedad inflamatoria e incorporar cambios fibroproliferativos en sus etapas más avanzadas. En este sentido, la clasificación más usada, fue la descrita por Newton en 1962, quien agrupó la Estomatitis Protésica en tres grados dependiendo de la severidad y la extensión de la inflamación.⁴³

Grado I: *Estomatitis Protésica Localizada Simple*

Es una inflamación de carácter local con signos clínicos mínimos, presentando áreas hiperémicas en forma de pequeños puntos eritematosos localizados. Esta es considerada una lesión poco visible a la inspección, relacionada más con el trauma por prótesis.⁴³

Existe una modificación de la clasificación de Newton, descrita en el estudio de Kabawat y col.⁴⁹ en la cual se presenta una subdivisión del grado I:

Grado IA: Presenta Petequias en tejido palatino normal, que usualmente se encuentran alrededor de los orificios de los conductos de glándulas mucosas palatinas.

Grado IB: Presenta un área hiperémica localizada en la zona protésica.

Grado II: *Estomatitis Protésica Difusa Simple*

Se considera una lesión inflamatoria verdadera, caracterizada por una inflamación difusa o un enrojecimiento generalizado de la mucosa que aparece hiperémica, lisa y

atrófica, circunscrita al área cubierta por la prótesis. Entre los tipos de estomatitis subprotésica es la más común y se relaciona con la presencia de placa bacteriana de origen bacteriano o fúngico en la prótesis y en la mucosa subyacente.⁴¹

Grado III: *Estomatitis Protésica granular o de hiperplasia granular*

Es una inflamación intensa con hiperemia de la mucosa y de aspecto nodular en el área cubierta por la prótesis. Las alteraciones máximas se observan principalmente en la parte central de la mucosa palatina, relacionada a la presencia de placa microbiana de origen bacteriano o fúngico en la prótesis y en la mucosa subyacente.⁴³

6.5.2.3 *Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria*

La hiperplasia Fibrosa Inflamatoria (HFI) es una lesión de tipo inflamatoria de crecimiento lento, considerada como un aumento celular proliferativo no-neoplásico en respuesta a la acción de agentes físicos. Varios términos han sido utilizados para denominarla: *épulis fissuratum*, hiperplasia traumática, e hiperplasia fibrosa inflamatoria producida por Prótesis Removible. El término “*épulis*” fue empleado por primera vez por Virchoff en 1864 y deriva de las palabras griegas “*epi*” (sobre) y “*oulon*” (encía). Posteriormente en 1887, Désir de Fortunet definió como *épulis* a todo tumor sólido localizado cerca del reborde alveolar, que no se acompaña de afectación ganglionar, sin tendencia a la ulceración y que no recidiva, después de una ablación completa.⁵⁰ Borguelli define clínicamente el *épulis* como un crecimiento anormal, circunscrito y de evolución crónica, localizado en la encía o cerca del reborde alveolar.⁵¹ En la actualidad, el término *épulis* no es aceptado, porque se refiere únicamente a un crecimiento sobre la encía sin especificar la naturaleza de la lesión, considerándose imprescindible su estudio histológico para establecer un diagnóstico certero.⁵⁰

Una hiperplasia es un aumento del número de células de un órgano o tejido. Término que englobaría a toda lesión autolimitada provocada por un estímulo o irritación, el

cual puede ser un trauma crónico de baja intensidad, generalmente resultantes de prótesis totales o parciales mal adaptadas o fracturadas, o prótesis antiguas con bordes rotos, filosos o cortantes que irritan el tejido tras reabsorberse el tejido alveolar, pudiendo estimular la proliferación fibroblástica y la síntesis de colágeno.⁵²

⁴⁴ Otros factores asociados a esta lesión son: el uso continuo de las prótesis durante las 24 horas del día, uso durante largo plazo de la prótesis, cambios en el perfil del tejido blando, diversas fuerzas aberrantes a las cuales están sometidos los tejidos de soporte, como por ejemplo los dientes naturales anteriores inferiores opuestos a una dentadura completa superior, y los movimientos mandibulares parafuncionales.³

Sin embargo se ha reportado que los adultos mayores son propensos a contraer este tipo de lesiones por los cambios que sufre la mucosa oral en relación a la edad avanzada. Aunque la edad, no es el único factor que se relaciona a la aparición de lesiones en la mucosa oral, otros factores como el trauma, uso de medicamentos y falta de limpieza de las prótesis dentales removibles pueden desarrollar condiciones para la aparición de éstas.⁵³

Clínicamente se presenta como una lesión formada por lóbulos o pliegues únicos o múltiples, los cuales pueden permanecer bajo la prótesis o "cabalgando" sobre sus bordes. Éstos son de consistencia blanda, flácida y móvil, que puede estar fisurado en el punto donde el reborde de la prótesis contacta con el tejido. Su tamaño varía de menos de 1cm., hasta lesiones grandes que pueden afectar a casi la totalidad del vestíbulo. A veces pueden ser de coloración normal o pueden ser eritematosas y suelen contener una depresión alargada con una úlcera lineal en su base. Generalmente son asintomáticas, presentando sintomatología cuando están asociados a ulceración concomitante de la lesión.⁵⁴ Histológicamente presenta epitelio plano pluriestratificado con hiperqueratosis y paraqueratosis, tejido conjuntivo fibroso rico en fibras de colágeno y fibroblastos, con abundantes vasos sanguíneos e infiltrado inflamatorio crónico que puede incluir linfocitos y células plasmáticas.⁴ La capa espinosa es normalmente acantónica y puede ser normal o atrófica en algunos lugares. La capa basal de células proliferativas puede ser hiperplásica y puede mostrar un patrón complejo de crestas epiteliales alargadas.⁵²

Algunos autores han reportado cambios histológicos en la HFI, como la presencia de displasias epiteliales. El año 1970 Garrafa y Rosa estudiaron 211 casos diagnosticados de cáncer oral y encontraron que en 22 de ellos las lesiones se habrían iniciado a partir de una irritación crónica causada por prótesis dentales. Coelho en un levantamiento epidemiológico el año 1995, identificó 20 casos de displasia epitelial en un total de 524 HFI sometidas a diagnóstico histopatológico, representando esto el 3.8% de los casos. Sin embargo, aún existe controversia en establecer una relación entre HFI y neoplasias malignas.⁵²

El tratamiento de esta lesión va de acuerdo con su severidad y la cantidad del tejido afectado. Las lesiones recientes con un gran componente inflamatorio remiten o reducen notablemente al retirar o corregir la prótesis causante. En ese sentido el tratamiento inicial más aceptado es el ajuste de los bordes mal adaptados de la prótesis, cubriendo ésta con acondicionador de tejidos para transmitir leve presión a la lesión; mientras otros autores sugieren la confección de nuevas prótesis, sin remoción previa de la hiperplasia, pues afirman que ésta se reducirá como resultado de atrofia por presión.⁴⁴ Técnicas conservadoras que son útiles en casos en los que la cirugía este contraindicada. Por otro lado lesiones de mayor tiempo de evolución y más extensas, que contienen más tejido fibroso, requieren de la escisión quirúrgica. Siendo recomendable retirar la prótesis 15 días antes del procedimiento quirúrgico con el objetivo de permitir la reducción de la inflamación, disminución de la lesión y por lo tanto, un mejor postoperatorio.⁵⁵

Diversas técnicas pueden ser usadas para la escisión, como bisturí, láser, electrocirugía o en casos de alteración del paladar, mucoabráción. Cuando el área a ser escindida presenta un crecimiento mínimo, las técnicas con electrocirugía o láser promueven muy buenos resultados para la eliminación de los tejidos hiperplásicos. Si la lesión a remover fuera extensa, es preferible una escisión con lámina de bisturí, pues grandes áreas de escisión usando electrocirugía pueden resultar en una cicatriz fibrosa en el vestíbulo y, eventualmente comprometer la estética del paciente.⁹ Una vez eliminado el tejido, éste debe ser remitido a examen histopatológico para la

confirmación del diagnóstico de HFI, ya que posee diagnóstico diferencial con otras lesiones, tales como neurofibroma o tumores de las glándulas salivares menores.⁵⁶

Después de la escisión del tejido el pronóstico es bueno y los índices de recidiva son bajos. Para prevenir la HFI los odontólogos deben esmerarse en el seguimiento de las diferentes etapas de confección de las prótesis, lo que resultará en una adaptación a la fibromucosa y sellamiento periférico adecuado, además de realizar controles subsecuentes a la instalación de la prótesis para eliminar posibles factores irritantes.⁵¹

6.5.2.4 Queilitis Angular

La queilitis angular es una lesión inflamatoria en la comisura de los labios que con frecuencia es bilateral. Para denominarla se han empleado varios términos, entre los que se pueden citar: estomatitis angular, perlada, queilosis, boquera, perleche o Candidiasis angular.³⁸ Lesión que suele comenzar en la unión mucocutánea y se extiende por la piel; aun cuando en su mayor parte revelan su naturaleza inflamatoria por su coloración rojo intensa, sus fisuras o grietas presentan costras de color variable debido a que en casos severos pueden sangrar cuando se abre la boca, llegando a formar úlceras poco profundas. Generalmente presenta síntomas como sensibilidad, ardor o dolor franco.⁵⁷

Está relacionada a uno o más de los siguientes factores: deficiencias nutricionales, estados inmunodeprimidos, infecciones fúngicas o bacterianas, hipersalivación o puede evolucionar en pacientes desdentados, en los que la disminución de la altura facial oclusiva favorece el ajuste de los labios entre sí y parte de la piel próxima a las comisuras forma un pliegue que se mantiene húmedo por la saliva, se fisura e infecta secundariamente.³⁴ Infección por agentes patógenos como estreptococos y estafilococos, además del hongo *Candida Albicans*, por lo que algunos autores la clasifican dentro de las formas de presentación de la Candidiasis.^{57, 58}

También puede ser causado por medicamentos que secan la piel, incluyendo la isotretinoína, un análogo de la vitamina A; con menos frecuencia se asocia con primaria hipervitaminosis A y también puede ser una manifestación de la dermatitis de contacto. Por ejemplo, el protector solar en bálsamo para los labios degrada con el tiempo en un irritante. Otros factores causales son los irritantes locales, hábitos o traumatismos provocados por el mordisqueo de las comisuras provocando irritación crónica.³

Su tratamiento estará en dependencia de su etiología, y como los factores causales son diversos, el tratamiento en ocasiones es complejo, pero con mayor frecuencia se utiliza agentes tópicos locales, que se pueden combinar con tratamientos orales en dependencia de la etiología, como la administración de hierro, vitaminas, según al caso, previa comprobación e indicación médica. Puede realizarse control de factores predisponentes y rehabilitación práctica con el restablecimiento de la dimensión vertical oclusiva y los síntomas. Si se comprueba la candidiasis se utilizan anti fúngicos.^{26, 41}

6.6 Consideraciones a tener en cuenta en portadores de Prótesis Removible

La persona portadora de prótesis removible debe poner especial atención a la higiene de su prótesis y de la cavidad bucal, pues al no controlar efectivamente la placa bacteriana provocará acumulación de la misma, lo que eventualmente puede generar gingivitis y/o lesiones bucales. Con este objetivo el odontólogo debe motivar y dar correctas instrucciones de higiene oral al paciente desde la primera consulta.

Durante los primeros 5 años y después de los 10 años, las modificaciones del material y la estructura morfo-fisiológica de los tejidos de soporte, pueden propiciar la aparición de lesiones. Razón por la que se considera importante las consultas de control, para que el odontólogo verifique las posibles alteraciones que las prótesis puedan presentar y ajustarlas para prevenir la generación de lesiones en la mucosa bucal. Así también verificar los cambios que el reborde alveolar residual sufre con el tiempo para ajustar las prótesis según el requerimiento.

El paciente no deberá dormir con la prótesis para promover el relajamiento y descanso de los tejidos, al mismo tiempo que la lengua, carrillos, labios y saliva ejercen su acción de limpieza. Así también es recomendable la revisión y limpieza por parte del odontólogo cada seis meses y estudios recientes informan que éstas deberán reemplazarse al cabo de 36 a 60 meses de su colocación.³¹ Compartiendo de esta manera la responsabilidad del éxito de la prótesis removible.

Si en la cita de control se diagnostican lesiones bucales, en el tratamiento debe contemplarse el retiro del aparato protésico, la eliminación de los factores locales y uso de medicamentos como antisépticos que favorezcan la resolución del cuadro clínico. Además se deben adoptar medidas para prevenir su recurrencia mediante la educación y motivación del paciente.¹⁵

CAPÍTULO TERCERO

7. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

7.1 Diseño y tipo de Investigación

Esta investigación es del tipo observacional descriptiva correlacional.

7.1.1 Formulación de la Hipótesis

Este estudio no formuló una hipótesis puesto que es de tipo descriptivo.

7.1.2 Identificación de las variables e indicadores

Se estudiaron las siguientes variables:

VARIABLES DESCRIPTIVAS

- Edad
- Sexo
- Tipo de prótesis: parcial o total
- Localización de la lesión
- Material de la prótesis removible
- Condición de integridad protésica
- Estado técnico de la prótesis actual
- Tiempo de uso de la prótesis actual
- Frecuencia de uso de la prótesis actual.
- Calidad de higiene de la prótesis actual.
- Frecuencia de citas de control del estado de la prótesis.

VARIABLES DE ESTUDIO

- Lesiones en la mucosa bucal.

7.1.3 Conceptualización de las variables

Úlcera traumática: Es una herida en la mucosa con pérdida de tejido de la superficie, la desintegración y la necrosis del tejido epitelial. Producida por agentes mecánicos como mordiscos, cepillados de diente, comidas crujientes, bordes de filosos dientes, bordes defectuosos de dentaduras, injurias por iatrogenia durante los procedimientos dentales y lesiones causadas por el mismo paciente asociadas a trastornos psicológicos.

La úlcera penetra en la frontera tejido epitelial-conectivo, con su base en un nivel profundo en la submucosa, o incluso dentro del músculo o periostio, implicando daño tanto en el epitelio como la lámina propia.¹

Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: La hiperplasia fibrosa inflamatoria es una lesión de tipo inflamatoria de crecimiento lento causada por la irritación crónica que las prótesis sobreextendidas, son de mayor frecuencia en los surcos vestibulares, aunque pueden observarse en el frenillo.³⁵

Estomatitis Subprotésica: La estomatitis por prótesis es una inflamación crónica de la mucosa oral que está en contacto con prótesis removible.²⁸

Queilitis Angular: El termino queilitis es el más común para designar estados inflamatorios de la submucosa labial o comisuras labiales en forma de boqueras.⁵⁰

7.1.4 Operacionalización de las variables

Variable	Indicador	Unidades o Categorías	Escala
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Ordinal
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Nominal
Tipo de prótesis actual	Inspección Clínica	Prótesis Total Prótesis Parcial	Nominal
Localización de la lesión bucal	Inspección Clínica	Maxilar superior Maxilar inferior	Nominal
Material de la prótesis actual	Inspección Clínica	Acrílico Mixta	Nominal
Tiempo de uso de la prótesis actual	Ficha Clínica	1 a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años Más de 16 años	Ordinal
Frecuencia de uso de la prótesis actual	Ficha Clínica	Durante el día Durante el día y la noche Solo para comer	Nominal
Condición de la integridad protésica	Inspección Clínica	Buena Mala	Nominal
Estado técnico de la prótesis actual	Inspección Clínica	Prótesis ajustada Prótesis desajustada	Nominal
Calidad de higiene de la prótesis actual	Inspección Clínica	Buena Mala	Nominal
Frecuencia de citas de control de la prótesis actual.	Ficha Clínica	Una vez al año Dos veces al año Ninguna	Nominal
Úlcera traumática	Inspección Clínica	Presencia de lesión	Nominal
Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria	Inspección Clínica	Presencia de lesión	Nominal
Estomatitis Subprotésica	Inspección Clínica	Presencia de lesión	Nominal
Queilitis Angular	Inspección Clínica	Presencia de lesión	Nominal

7.1.5 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS
Adultos mayores internos en el Asilo San Ramón portadores de Prótesis Removibles desajustadas y en malas condiciones.	Determinar la prevalencia de lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis removibles.	Al ser un estudio de prevalencia no requirió de hipótesis.
PROVOCA	PARA	CONTRIBUIRA
Lesiones bucales que generan problemas en la salud bucal y en general.	Identificar las necesidades de la población con respecto a la rehabilitación con prótesis removibles.	En base a este estudio se generará una hipótesis.

7.2 Población y Muestra

Población: La población de estudio se constituyó por adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, portadores de prótesis total o prótesis parcial removible, residentes en el Asilo de Ancianos San Ramón ubicado en la ciudad de La Paz.

Muestra: El tipo de muestreo fue no probabilístico (por conveniencia) y se seleccionaron 133 adultos mayores portadores de prótesis removible.

7.3 Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 60 años.
- Pertenecientes a ambos sexos.
- Pacientes dispuestos a colaborar.
- Portadores de prótesis removible parcial o total.

- Con presencia de alguna de las siguientes lesiones bucales: Úlcera traumática, Estomatitis Subprótesis, Hiperplasia fibrosa inflamatoria o Queilitis Angular

7.4 Criterios de Exclusión

- Pacientes no dispuestos a colaborar.
- Pacientes no portadores de prótesis.
- Pacientes sin presencia de lesiones bucales.

7.5 Recolección de Datos

- **Instrumento:** Para la recolección de datos se empleó una ficha clínica en la que se consignaron datos sobre tipo y material de prótesis usada, tiempo y frecuencia de uso de la misma, frecuencia de limpieza y de control de la prótesis. Además de la evaluación clínica de la prótesis en uso, la presencia de lesión y ubicación de la misma.

Ficha clínica que fue validada por dos Especialistas en Rehabilitación Oral, para luego realizar una prueba piloto en algunos pacientes portadores de prótesis que acudían a la Clínica de Especialidades de la Facultad.

- **Procedimiento:**

Por medio del Coordinador de la Especialidad se envió una carta a la Directora del Asilo San Ramón, solicitando realizar el presente estudio en dicho centro. Una vez otorgado el permiso, se realizó una visita previa al asilo para conocer las instalaciones, sitios de reunión de los internos así como el consultorio odontológico con el que cuenta el asilo.

Para el estudio se contó con la colaboración de tres compañeros de la Especialidad, que fueron capacitados para la recolección de datos y el día establecido para esta finalidad se procedió de la siguiente manera:

1. Se explicó a los adultos mayores la modalidad del estudio a realizar y se solicitó a aquellos que usaban prótesis y estaban dispuestos a colaborar a permanecer en sala. Los cuales firmaron el consentimiento informado para constancia de su aceptación.
2. El estudio a cada adulto mayor se realizó entre dos personas, primero se consignaron los datos generales como nombre, edad y sexo en la ficha clínica.
3. Luego se realizó una primera inspección de la cavidad bucal para determinar el tipo y material de la prótesis superior e inferior que era usada.
4. Se consultó a la persona sobre el tiempo de uso de su prótesis actual.
5. Se consultó a la persona sobre la frecuencia de uso de su prótesis actual.
6. Se consultó a la persona sobre la frecuencia con la que acudía a consultas de control después de instalada su prótesis.
7. Se le pidió retirar la prótesis de la boca, para examinar la prótesis en cuanto a su integridad. Para la evaluación se consideró el siguiente criterio:
 - Buena condición, prótesis sin reparaciones, sin fracturas, con todos sus componentes intactos y con bordes lisos, regulares, y pulidos.
 - Mala condición, al presentar uno o más de los siguientes defectos: fractura de alguna parte de la prótesis, pérdida de segmentos, existencia de irregularidades, rugosidades o excesos de acrílico. Bordes con aristas agudas, ausencia o desajuste de retenedores y ausencia, desgaste o fractura de los dientes.
8. Se examinó la calidad de higiene de la prótesis dentaria, considerando la presencia de placa bacteriana y pigmentaciones en la misma como higiene Deficiente o Mala. Mientras que se consideró Buena cuando estos signos estaban ausentes.

10. Se realizó el examen de la mucosa bucal para registrar la presencia o ausencia de lesiones bucales y la localización de las mismas. Se siguió la siguiente secuencia:

Labio y mucosa de la porción anterior de la boca; superior e inferior; porción anterior de las comisuras labiales y mucosa de la porción posterior de la boca, de derecha a izquierda; lengua, superficie dorsal, ventral y borde; piso de la boca; paladar duro y blando; rebordes alveolares y encía.

11. Se colocó la prótesis en boca para evaluar el estado técnico de la misma. Considerando ajustada o desajustada la prótesis al evaluar su soporte, retención y estabilidad.

La evaluación del **Soporte** se realizó de la siguiente manera:

Se examinó la extensión de la prótesis y el estado en que se encontraban los tejidos sobre los cuales asienta. Registrando como ajustada cuando la extensión de la misma estaba adecuada en toda el área del maxilar o la mandíbula y no se observaba alguna alteración en la mucosa bucal de dicha zona. Por el contrario se registró como desajustada si se observaban bordes sobre extendidos.

La prueba de **Retención** empleada fue la siguiente:

Se sujetó la prótesis de los dientes artificiales y si al tratar de retirarla de su soporte ofrecía cierta resistencia a la tracción, se consideró la "prótesis ajustada o adaptada" como consecuencia de un contacto íntimo de la prótesis con la mucosa y la existencia de un apropiado sellado periférico. Mientras que si al tratar de retirar la prótesis de su soporte no ofrece resistencia alguna se consideró la "prótesis desajustada o desadaptada".

La prueba de **Estabilidad** empleada fue la siguiente:

Se presionó la prótesis en una zona y si se levantaba la zona opuesta o existía movilidad exagerada, se consideró "desajustada".

12. Se verifico la relación de la lesión registrada con alguna condición protésica. Además de tomar fotografías de las lesiones encontradas.



Equipo capacitado para la Recolección de datos junto a la Directora del Asilo San Ramón.

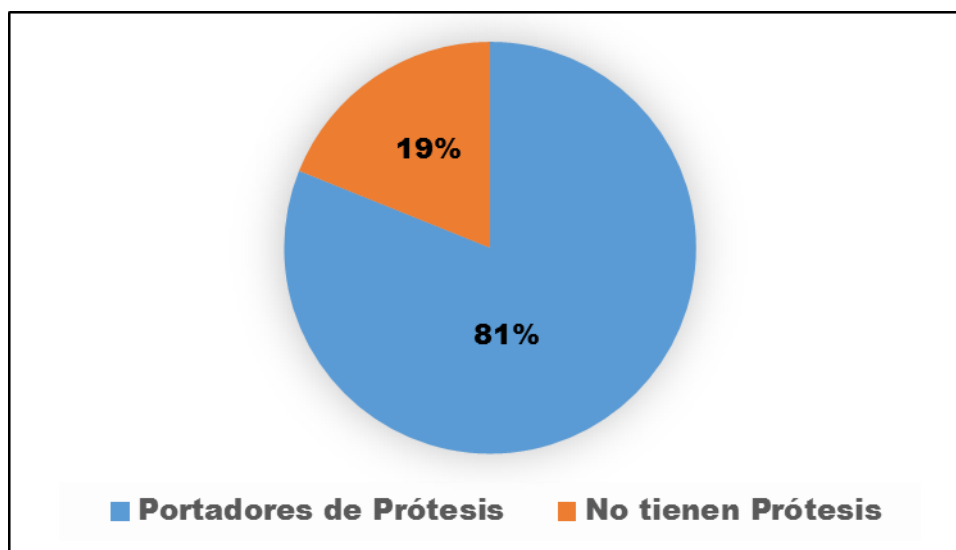
7.6 Presentación de resultados

Teniendo en cuenta los objetivos establecidos en este trabajo de grado, a partir de los cuales se procuró determinar la frecuencia de las lesiones bucales asociadas al uso de prótesis dental en ancianos del Asilo San Ramón, se efectuó la recolección de información y se procedió a clasificarla y tabularla, obteniéndose cuadros de distribución de frecuencia y cruce de variables. Los resultados se organizaron, permitiendo observar lo siguiente:

Tabla N°1. Portadores de Prótesis Removible

Adultos mayores	N°	%
Portadores de Prótesis Removible	133	81
No tienen Prótesis	31	19
Total	164	100

GraficoN°1. Portadores de Prótesis Removible



Fuente: Elaboración Propia

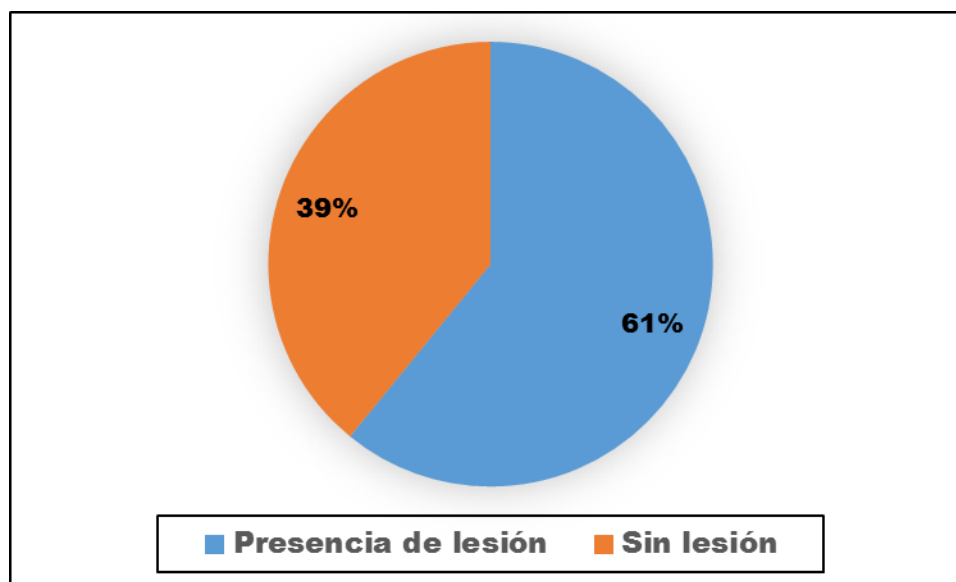
Interpretación: Del total de adultos mayores se determinó que 133 (81%) son portadores de prótesis Removible y 31 (19%) no son portadores de prótesis.

OBJETIVO GENERAL: Determinar la prevalencia de lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis removibles en el asilo de ancianos San ramón en la gestión 2014.

Tabla N°2. Prevalencia de Lesiones Bucales

Presencia de Lesión Bucal	Nº	%
Si	81	60,9
No	52	39,1
Total	133	100

Grafico N°2. Prevalencia de Lesiones Bucales



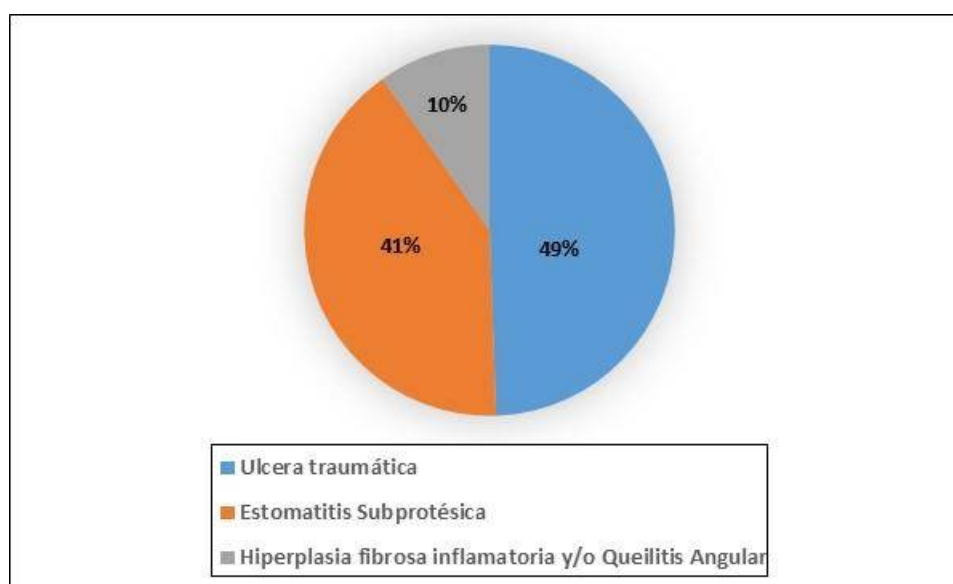
Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Se determinó que la prevalencia entre las diferentes lesiones bucales detectadas asociada a prótesis dental fue de un 61% del total de 133 adultos mayores de 60 años, de ambos sexos.

Tabla N°3. Prevalencia y tipo de lesiones bucales

Lesión	N°	%
Úlcera traumática	40	49,4
Estomatitis Subprotésica	33	40,7
Hiperplasia fibrosa inflamatoria y/o Queilitis Angular	8	9,8
Total	81	100

Grafico N°3. Prevalencia y tipo de lesiones bucales



Fuente: Elaboración Propia

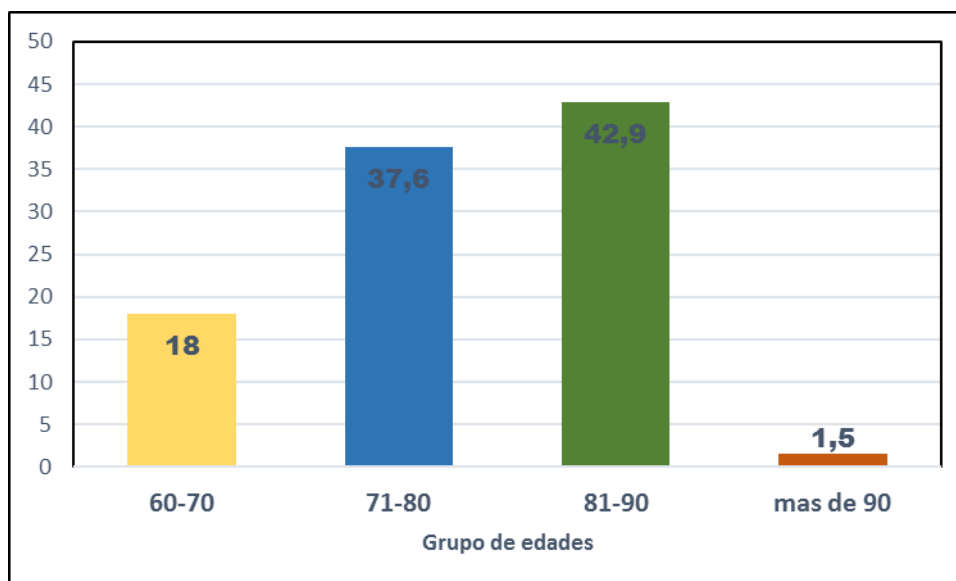
Interpretación: La máxima frecuencia de lesiones bucales asociadas a prótesis dental correspondió a la úlcera traumática, afectando a 40 personas, lo que constituye el 49% del total de la muestra estudiada, seguida por la Estomatitis Subprotésica con 33 casos que representan un 41% y por último la Hiperplasia fibrosa inflamatoria y la Queilitis angular, con 8 casos que representan el 10%.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Describir a la población de estudio según sexo y edad.

Tabla N°4. Distribución de adultos mayores según Edad

Grupo de edades	Nº	%
60-70	24	18
71-80	50	37,6
81-90	57	42,9
más de 90	2	1,5
Total	133	100

Grafico N°4. Distribución de adultos mayores según Edad

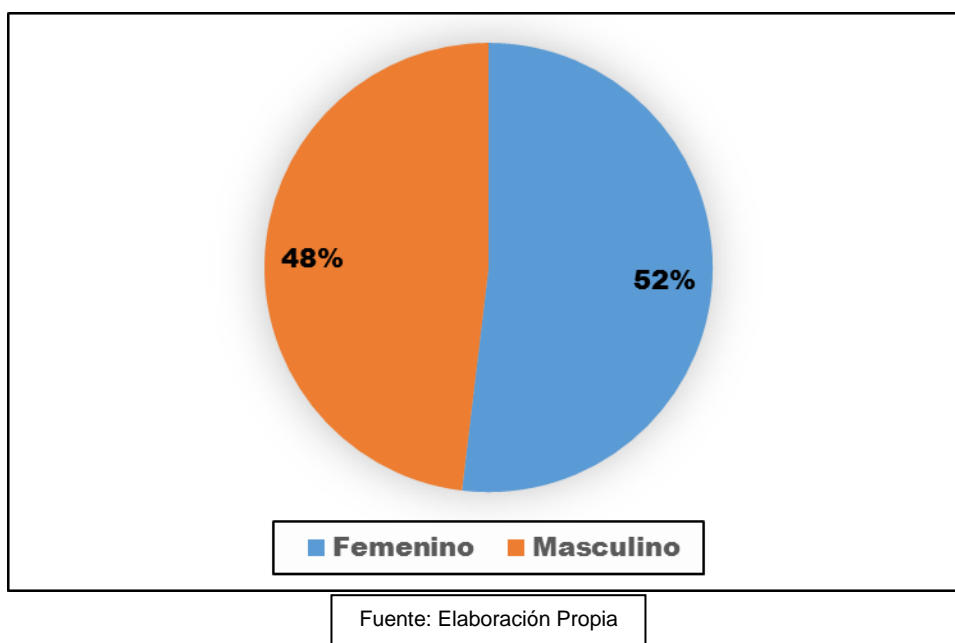


Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Del total de 133 adultos mayores, el mayor porcentaje 42,9% se encuentra en el grupo de edades de 81 a 90 años, seguido del grupo de 71 a 80 años con un 37,6 % y del grupo de 60 a 70 años con un 18%.

Tabla N°5. Distribución de adultos mayores según Sexo

Sexo	N°	%
Femenino	69	51,9
Masculino	64	48,1
Total	133	100

Grafico N°5. Distribución de adultos mayores según Sexo

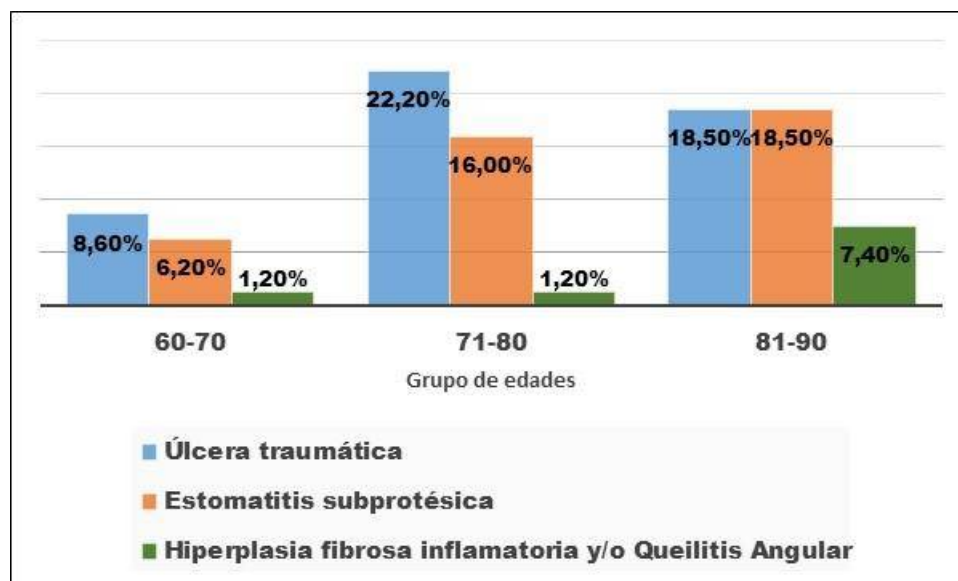
Interpretación: Del total de adultos mayores estudiados, el sexo predominante resulto el femenino con un 52%, mientras el sexo masculino correspondio a un 48%.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Identificar las lesiones bucales de aparición más frecuente de acuerdo con edad y sexo.

Tabla N° 6. Distribución de lesiones bucales por edad

Lesión Bucal	Grupo Etéreo							
	60- 70		71-80		81-90		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Úlcera traumática	7	8,60	18	22,20	15	18,50	40	49,40
Estomatitis Subprotésica	5	6,20	13	16,00	15	18,50	33	40,70
HFI y/o Queilitis Angular	1	1,20	1	1,20	6	7,40	8	9,80
Total	13	16,00	32	39,50	36	44,40	81	100

Grafico N°6. Distribución de lesiones bucales por edad



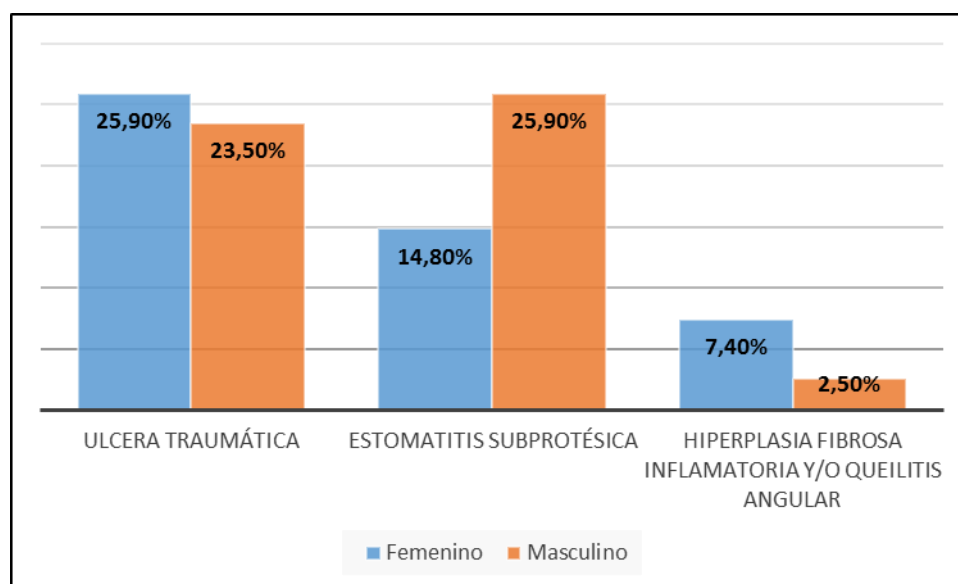
Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: En relación a la frecuencia de lesiones bucales y distribución porcentual de la población estudiada según el grupo etéreo de los adultos mayores, se identificó que la mayor frecuencia de úlcera traumática se presentó en el grupo de 71 a 80 años, con un 22,20% del total; mientras que el mayor porcentaje para Estomatitis Subprotésica y para Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria y/o queilitis angular correspondió al grupo de 81 a 90 años con un 18,50% y 7,40% respectivamente.

Tabla N° 7. Distribución de lesiones bucales por sexo

Lesión bucal	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Úlcera traumática	21	25,90	19	23,50	40	49,40
Estomatitis Subprotésica	12	14,80	21	25,90	33	40,70
HFI y/o Queilitis Angular	6	7,40	2	2,50	8	9,80
Total	39	48,10	42	51,90	81	100

Grafico N°7. Distribución de lesiones bucales por sexo



Fuente: Elaboración Propia

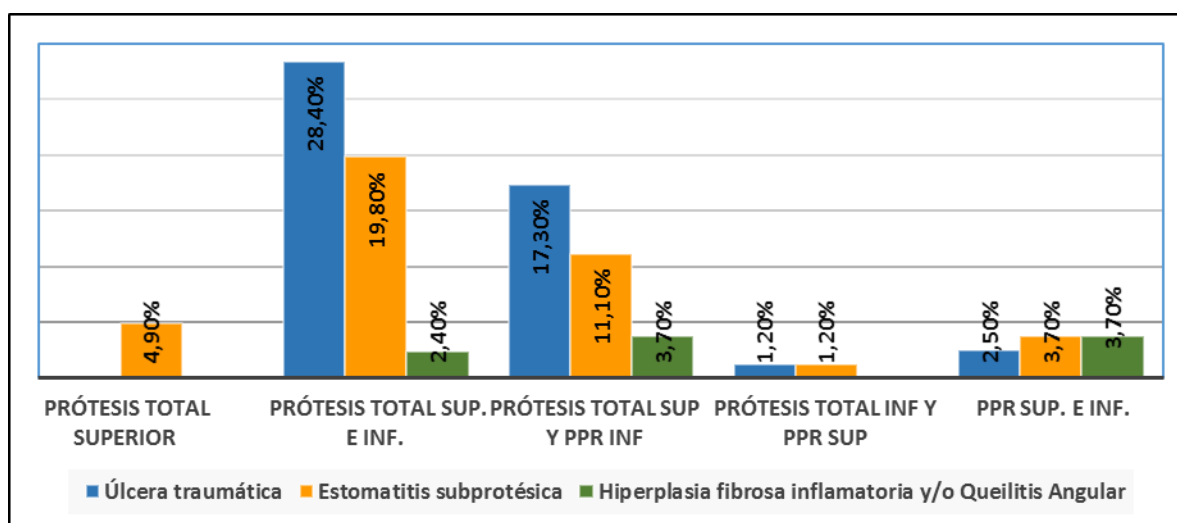
Interpretación: En relación a la presencia de lesiones bucales según el sexo de los adultos mayores, se observó que existe una mayor incidencia en el sexo masculino con 51,9%. La úlcera traumática, hiperplasia fibrosa inflamatoria y queilitis angular afecto en mayor porcentaje al sexo femenino, mientras que la estomatitis Subprotésica afecto mayormente al sexo masculino con un 25,9%.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Identificar el tipo de prótesis relacionada a las lesiones en la mucosa bucal.

Tabla N°8. Distribución de lesiones bucales según el tipo de prótesis

Lesión	Prótesis total superior		Prótesis total Sup. e Inf.		Prótesis total Sup y PPR inf		Prótesis total inf y PPR sup.		Prótesis parcial sup. e inf.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Úlcera traumática	0	0	23	28,40	14	17,30	1	1,20	2	2,50	40	49,40
Estomatitis Sub-protésica	4	4,90	16	19,80	9	11,10	1	1,20	3	3,70	33	40,70
HFI y/o Queilitis Angular	0	0	2	2,40	3	3,70	0	0	3	3,70	8	9,80
Total	4	4,90	41	50,60	26	32,10	2	2,50	8	9,90	81	100

Grafico N°8. Distribución de lesiones bucales según el tipo de prótesis



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Del total de adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, se observó que el mayor porcentaje de afectación correspondió a portadores de prótesis total superior e inferior, seguida por aquellos portadores de prótesis total superior y prótesis parcial removible inferior. La úlcera traumática y la Estomatitis Subprotésica se presentaron en mayor porcentaje, (28,40% y 19, 80%) en portadores de prótesis total superior e inferior; mientras la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria se presentó con mayor porcentaje (3,7%) en portadores de prótesis total superior y prótesis parcial removible inferior.

OBJETIVO ESPECIFICO: Describir las lesiones bucales según su localización en los maxilares.

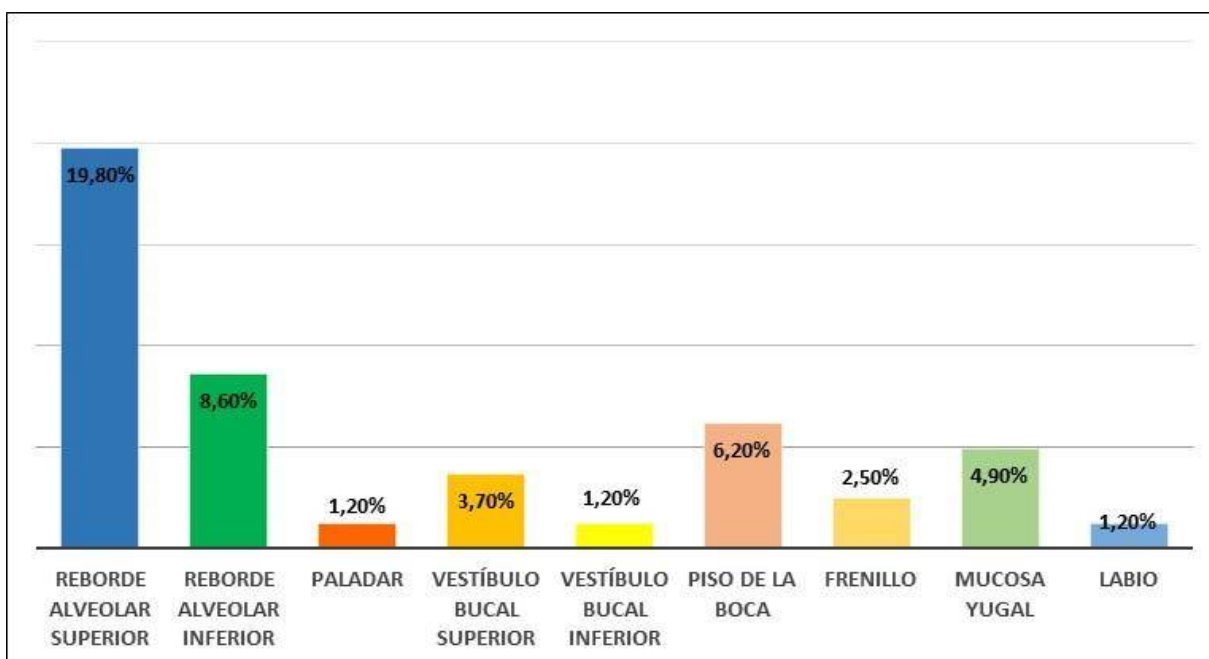
Tabla N°9 Distribución por localización de lesiones bucales

Localización de lesión	Úlcera traumática		Estomatitis Subprotésica		Hiperplasia fibrosa inflamatoria y/o Queilitis Angular		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Reborde alveolar superior	16	19,80	0	0	0	0	16	19,80
Reborde alveolar inferior	7	8,60	1	1,20	0	0	8	9,90
Paladar	1	1,2	32	39,50	0	0	33	40,70
Vestíbulo bucal superior	3	3,70	0	0	2	2,50	5	6,20
Vestíbulo bucal inferior	1	1,20	0	0	5	6,20	6	7,40
Piso de la boca	5	6,20	0	0	0	0	5	6,20
Frenillo	2	2,50	0	0	0	0	2	2,50
Mucosa yugal	4	4,90	0	0	0	0	4	4,90
Labio	1	1,20	0	0	1	1,20	2	2,50
Total	40	49,40	33	40,70	8	9,90	81	100

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Con relación a la frecuencia y localización de las lesiones bucales, se observó que la zona de la cavidad bucal que presentó una mayor incidencia de lesiones correspondió al paladar con 40,70%, seguido del reborde alveolar superior con 19,80%, reborde alveolar inferior con un 9,9%, vestíbulo bucal inferior con 7,4%, vestíbulo bucal superior y piso de la boca en igual porcentaje 6,20%, mucosa yugal con 4,9%, el frenillo y labio con 2,5% respectivamente.

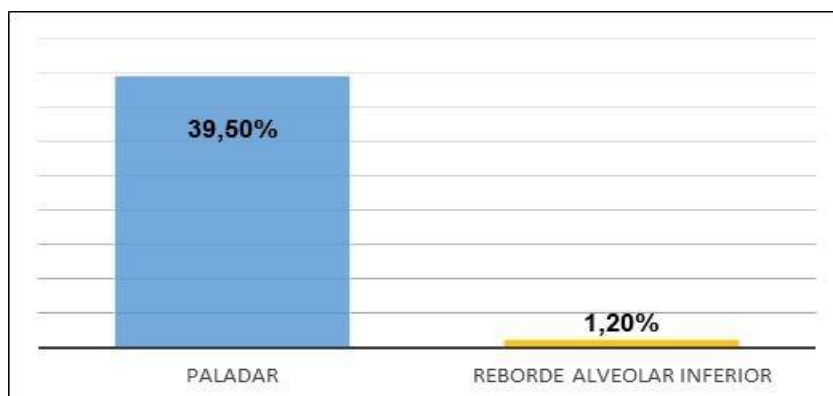
Grafico N°9. Distribución por localización de Úlcera Traumática



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Con relación a la frecuencia y localización de la úlcera traumática, se observó que la zona de la cavidad bucal que presentó mayor frecuencia de este tipo de lesión correspondió al reborde alveolar superior con 19,80%, seguido del reborde alveolar inferior con 8,60%, el piso de la boca con un 6,20%, mucosa yugal con un 4,90%, vestíbulo bucal superior con 3,70%, frenillo con 2,50%, y paladar, vestíbulo bucal inferior, labio con un 1,20% respectivamente.

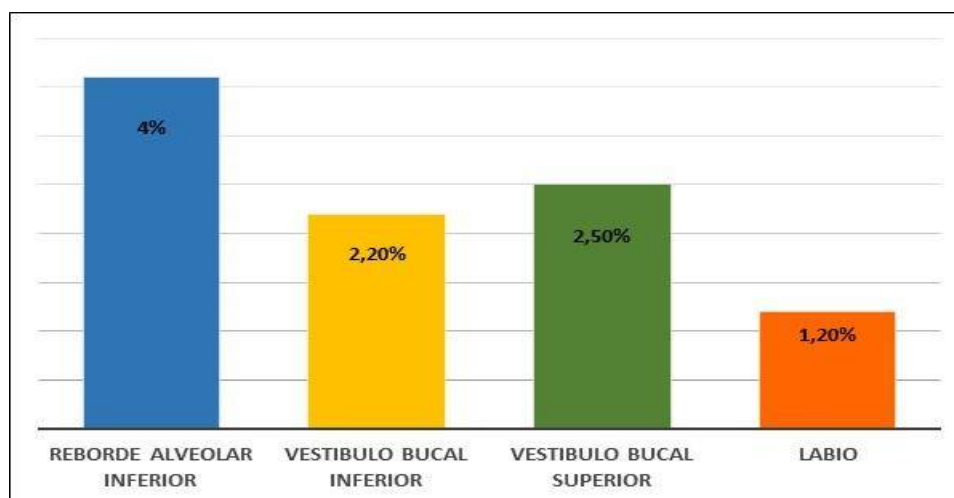
Grafico N°10. Distribución por localización de Estomatitis Subprotésica



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Con relación a la frecuencia y localización de la Estomatitis Subprotésica, se observó que la zona de la cavidad bucal que presentó mayor frecuencia de este tipo de lesión correspondió al paladar con 39,50%, seguido del reborde alveolar inferior con 1,20% del total de lesiones de la cavidad bucal.

Grafico N°11. Distribución por localización de Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria y/o Queilitis angular



Fuente: Elaboración Propia

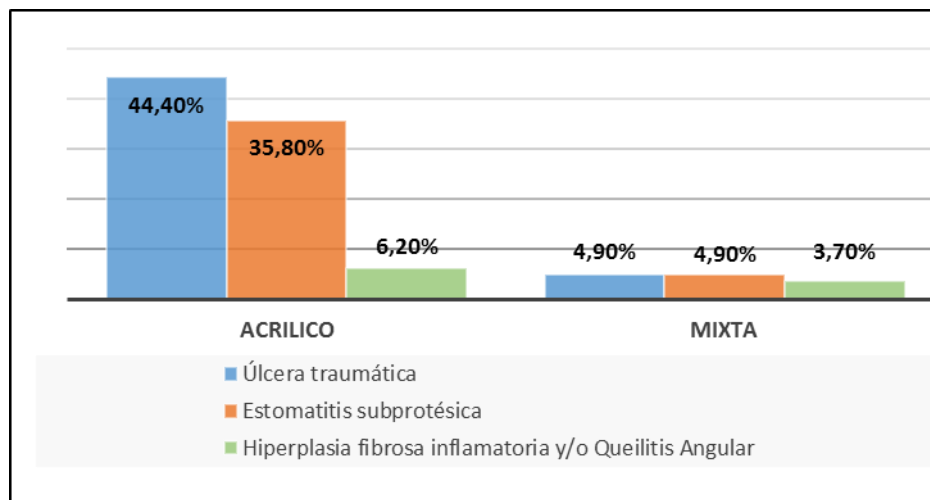
Interpretación: Se observó que la zona de la cavidad bucal que presentó mayor frecuencia de Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria correspondió al reborde alveolar inferior con 4%, seguido del vestíbulo bucal superior con 2,50% y vestíbulo bucal inferior con 2,20%. Mientras que la Queilitis Angular se presentó en un porcentaje de 1,20%.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Identificar el material de la prótesis removible relacionada a las lesiones bucales detectadas.

Tabla N° 10. Distribución de lesiones bucales según el material de la prótesis removible.

Lesión	Acrílico		Mixta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Úlcera traumática	36	44,40	4	4,90	40	49,40
Estomatitis Subprotésica	29	35,80	4	4,90	33	40,70
H F I y/o Queilitis Angular	5	6,10	3	3,70	8	9,80
Total	70	86,40	11	13,60	81	100

Gráfico N°12. Distribución de lesiones bucales según el material de la prótesis Removible



Fuente: Elaboración Propia

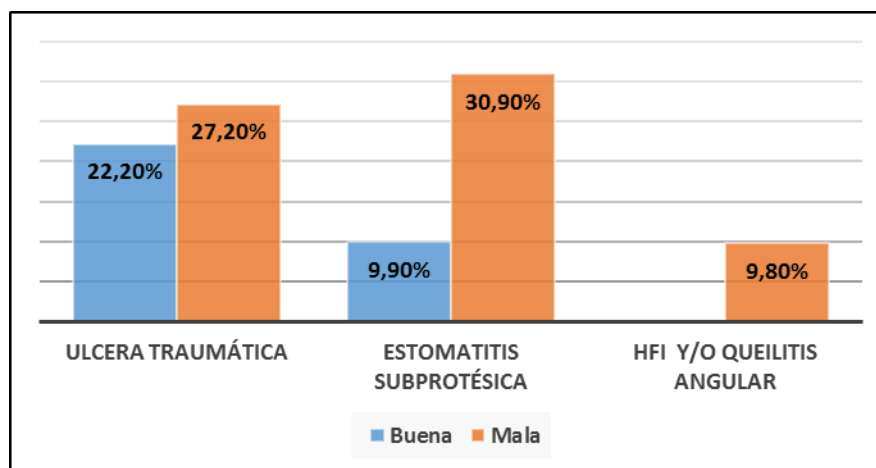
Interpretación: En relación al material de la prótesis removible, el 86,40% de las prótesis eran de resina acrílica y 13,60% eran mixtas. Dentro de las primeras se observó el mayor porcentaje de lesiones, la úlcera traumática con un 44,40%; Estomatitis Subprotésica con un 35,80% y la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria y/o Queilitis angular con un 6,20%.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Identificar la relación existente entre la condición de integridad protésica y a la presencia de lesiones bucales.

Tabla N°11. Distribución de lesiones bucales según la condición de integridad de la prótesis

Lesión	Buena		Mala		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Úlcera traumática	18	22,20	22	27,20	40	49,40
Estomatitis Subprotésica	8	9,90	25	30,90	33	40,70
HFI y/o Queilitis Angular	0	0	8	9,80	8	9,80
Total	26	32,10	55	67,90	81	100

Grafico N°13. Distribución de lesiones bucales según la condición de integridad de la prótesis



Fuente: Elaboración Propia

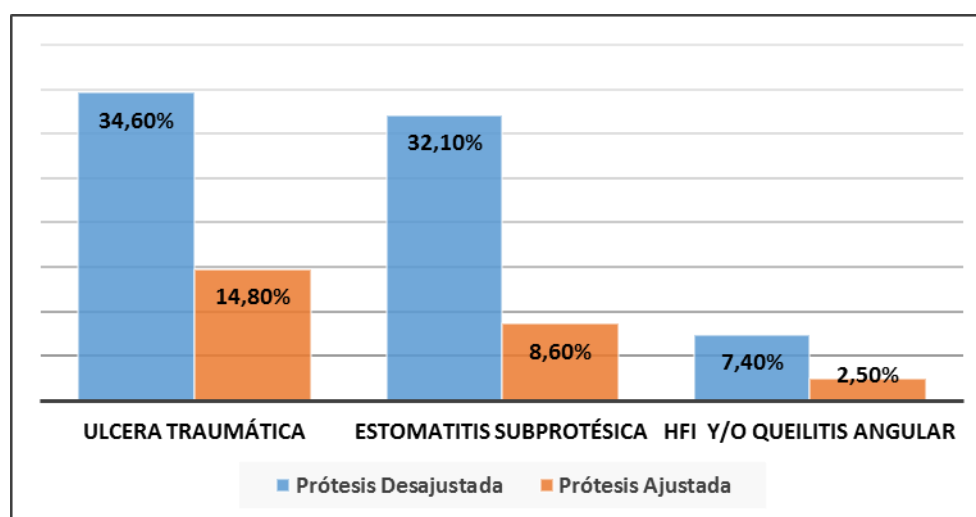
Interpretación: Se observó que la mayor frecuencia de lesiones se presentó en prótesis en malas condiciones en un 67,90%. Dentro de este grupo la lesión más frecuente fue la Estomatitis Subprotésica con un 30,90%, seguida de la Úlcera traumática con un 27,20%.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Identificar la relación existente entre el estado técnico de la prótesis y la presencia de lesiones bucales.

Tabla N° 12. Distribución de lesiones bucales en relación al estado técnico de la prótesis

Lesión	Prótesis Desajustada		Prótesis Ajustada		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Úlcera traumática	28	34,60	12	14,80	40	49,40
Estomatitis Subprotésica	26	32,10	7	8,60	33	40,70
HFI y/o Queilitis Angular	6	7,40	2	2,50	8	9,80
Total	60	74,10	21	25,90	81	100

Grafico N°14. Distribución de lesiones bucales en relación al estado técnico de la prótesis.



Fuente: Elaboración Propia

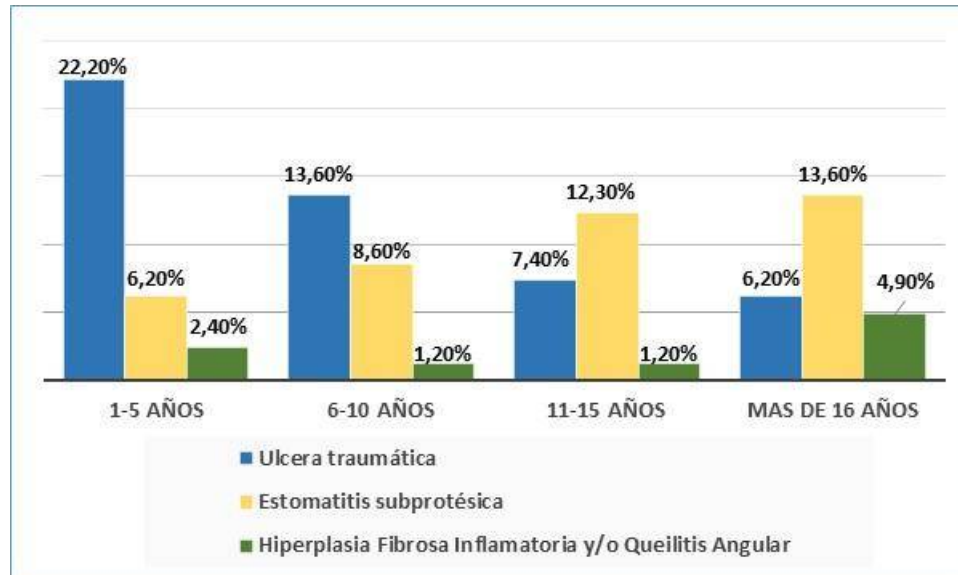
Interpretación: En relación al ajuste de la prótesis y la presencia de lesiones bucales, se observó que del total de personas con lesiones, 60 (74,10%) presentaron prótesis desajustadas, mientras que 21 (25,90%) poseían prótesis ajustadas.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Relacionar las lesiones bucales detectadas con el tiempo de uso de las Prótesis removible.

Tabla N°13 Relación de las lesiones bucales con el tiempo de uso de la prótesis

Lesión	Tiempo de uso de la Prótesis									
	1-5 años		6-10 años		11-15 años		Más de 16 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Úlcera traumática	18	22,20	11	13,60	6	7,40	5	6,20	40	49,40
Estomatitis Subprotésica	5	6,20	7	8,60	10	12,30	11	13,60	33	40,70
HFI y/o Queilitis Angular	2	2,40	1	1,20	1	1,20	4	4,90	8	9,70
Total	25	30,8	19	23,4	17	20,90	20	24,70	81	100

Gráfico N°15. Distribución de las lesiones bucales según el tiempo de uso de la prótesis.



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Se observó que del total de adultos mayores el 31% han portado sus prótesis dentro de un periodo de 1 a 5 años, siendo la lesión más frecuente entre ellos la úlcera traumática con un 22,20%. Mientras que aquellos que han portado sus prótesis por más de 16 años, presentaron como lesiones mas frecuentes la

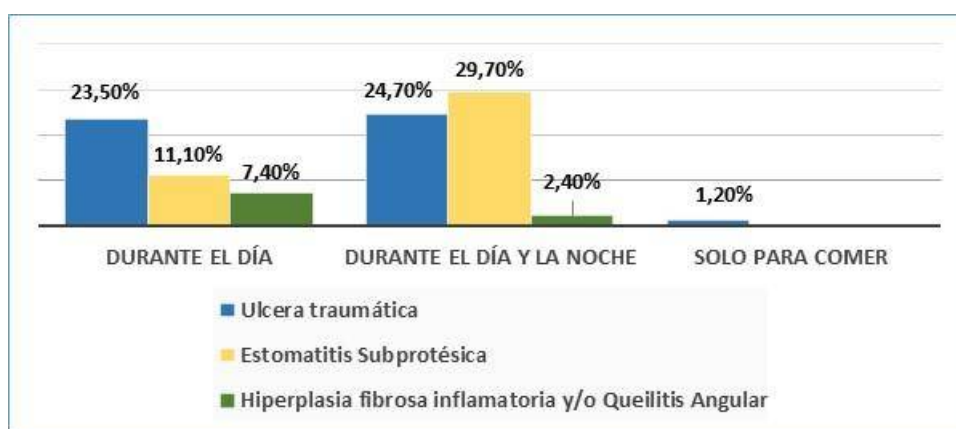
Estomatitis Subprotésica con un 13,6% y la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria y/o Queilitis angular con un 4,9%.

Objetivo Específico: Relacionar las lesiones bucales detectadas con la frecuencia de uso de las Prótesis Removibles.

Tabla N°14. Distribución de lesiones bucales según la frecuencia de uso de la prótesis.

Lesión	Durante el día		Durante el día y la noche		Solo para comer		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Úlcera traumática	19	23,50	20	24,70	1	1,20	40	49,40
Estomatitis Subprotésica	9	11,10	24	29,70	0	0	33	40,80
HFI y/o Queilitis Angular	6	7,40	2	2,40	0	0	8	9,80
Total	34	42	46	56,80	1	1,20	81	100

Grafico N°16. Distribución de lesiones bucales según la frecuencia de uso de la prótesis



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Se observó que 46 adultos mayores (56,80%) usaban sus prótesis durante el día y la noche, presentando una alta frecuencia de úlceras traumáticas

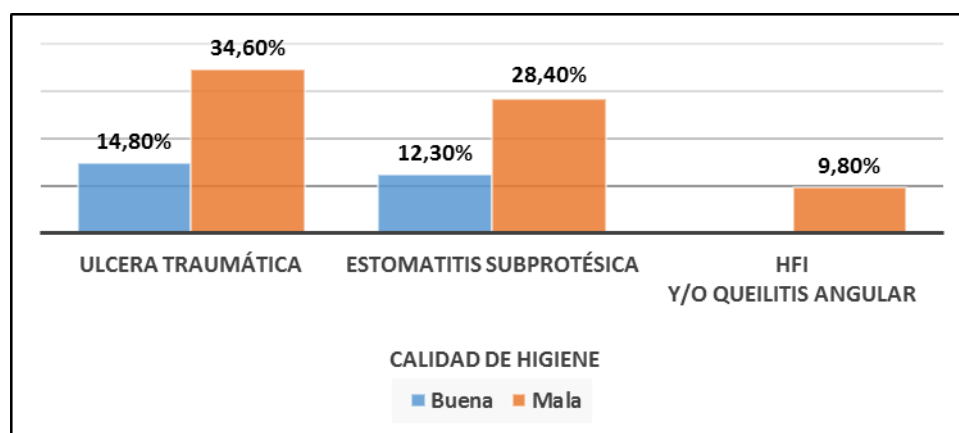
(24,70%) y Estomatitis Subprotésica (29,70%). Y aquellos que las usaban sus prótesis durante el día presentaron un alto porcentaje de úlceras traumáticas (23,50%) y de Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria y/o Queilitis Angular (7.40%).

OBJETIVO ESPECÍFICO: Identificar la relación de calidad de higiene de las prótesis con la presencia de lesiones bucales.

Tabla N°15. Distribución de lesiones bucales según la calidad de higiene de la prótesis.

Lesión	Buena		Mala		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Úlcera traumática	12	14,80	28	34,60	40	49,40
Estomatitis Subprotésica	10	12,30	23	28,40	33	40,70
HFI y/o Queilitis Angular	0	0	8	9,80	8	9,80
Total	22	27,10	59	72,80	81	100

Grafico N°17. Distribución de lesiones bucales según la calidad de higiene de la prótesis.



Fuente: Elaboración Propia

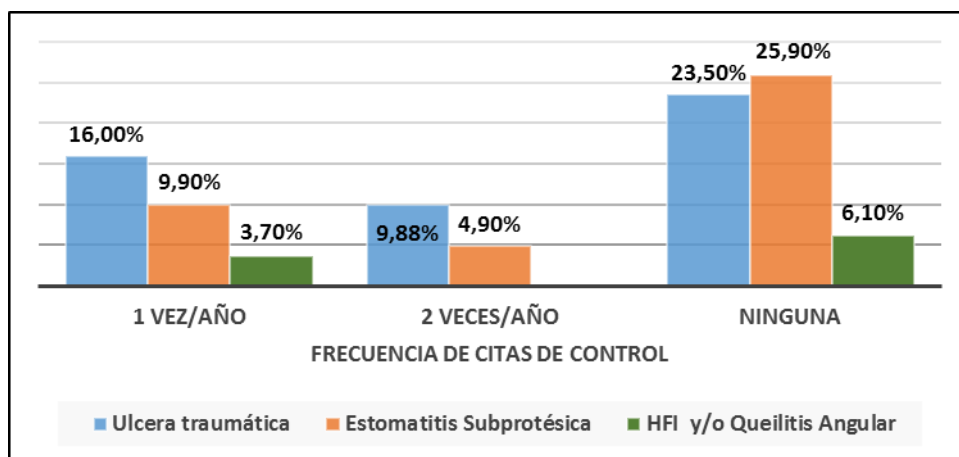
Interpretación: Se puede observar que las lesiones bucales detectadas se presentan con mayor frecuencia relacionadas a prótesis con mala calidad de higiene. La Úlcera traumática con un 34,60% y la Estomatitis Subprotésica con un 28,40%. Mientras la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria y Queilitis Angular se relacionó íntegramente a una mala calidad de higiene con un 9,80%.

OBJETIVO ESPECIFICO: Identificar la presencia de lesiones bucales relacionadas con la frecuencia de citas de control del estado de la prótesis.

TABLA N°16 Distribución de lesiones bucales según la frecuencia de citas de control.

Lesión	1 Vez/ año		2 Veces/año		Ninguna		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Úlcera traumática	13	16	8	9,88	19	23,50	40	49,40
Estomatitis Subprotésica	8	9,90	4	4,90	21	25,90	33	40,70
HFI y/o Queilitis Angular	3	3,70	0	0	5	6,10	8	9,80
Total	24	29,60	12	14,78	45	55,50	81	100

Gráfico N° 18. Distribución de lesiones bucales según la frecuencia de citas de control.



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Se puede observar que las lesiones bucales detectadas se presentaron con mayor porcentaje en adultos mayores que no asisten a ningún control de ajuste de su prótesis removable.

8. Conclusiones

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación permiten llegar a las siguientes conclusiones:

Existe una prevalencia del 61% de lesiones bucales asociadas a prótesis dental en la población estudiada. Presentando como lesiones de mayor prevalencia la úlcera traumática con 49%, seguida por la Estomatitis Subprotésica con un 41%.

Las lesiones bucales detectadas se presentaron con un mayor porcentaje 50,60% en portadores de prótesis total superior e inferior, así como en prótesis de acrílico con un 86,40 %.

Se evidenció la correlación de prótesis en malas condiciones y desajustadas con la presencia de las lesiones bucales, marcado por los altos porcentajes obtenidos en estas variables de estudio, 67,90% y 74,10% respectivamente. Además factores

como la permanencia de la prótesis por un tiempo prolongado, uso durante las 24 horas del día y la deficiente higiene de la prótesis, también tienen correlación con la presencia de las mismas.

Un gran porcentaje (55,50%) de adultos mayores no acuden a citas de control para ajustar las prótesis o verificar si se han producido modificaciones en el reborde alveolar residual que conlleven a correcciones en la prótesis, factor que se debe considerar para la prevención de estas lesiones.

9. Recomendaciones

En atención a los resultados obtenidos se formulan las siguientes recomendaciones:

- Desarrollar estudios similares en la facultad de odontología, con la finalidad de profundizar el tema.
- Generar programas de educación y promoción en la facultad destinados a este grupo de la población.
- Viabilizar convenios con diferentes asilos, con la finalidad de orientar a los adultos mayores mediante charlas educativas para prevenir este tipo de lesiones. Además de contribuir a la resolución de problemas según las necesidades presentadas y fortalecer la atención odontológica integral para los ancianos.
- El odontólogo debe garantizar con una adecuada planificación protésica que no se generen alteraciones en la mucosa bucal, devolviendo con este elemento la funcionalidad y estética requeridas. Además de prevenir el desarrollo de lesiones con una adecuada educación de los pacientes en cuanto al uso y hábitos de higiene.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Díaz Martell Y, Martell Forte I, Zamora Díaz J. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Sep. [citado 2014 Oct 09] ; 44(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002&lng=es
2. BOLIVIA: Características de Población y Vivienda Censo Nacional de Población y Vivienda 2012. Instituto Nacional de Estadística.
3. Andrade M. Prevalencia de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal asociadas al uso de prótesis dental en ancianos. (Tesis doctoral) Maracaibo: República Bolivariana de Venezuela la Universidad Del Zulia Facultad De Odontología división de estudios para graduados, 2004.
4. García-Alpízar B, Capote-Valladares M, Morales-Montes-de-Oca T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Revista Finlay. [revista en Internet]. 2012 [citado 2014 Jul 22]; 2(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99>.
5. Rodríguez V, Arellanoii L, Zambranoiii R, Roldáni M. Lesiones de los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de dentaduras totales Los Nevados, estado Mérida. Revista Odontológica de Los Andes 2007; 2: 31-36.
6. Mg. Sotomayor Camayo J; Mg. Pineda Mejía M; Gálvez Calla L; De la Cruz Castellón A. Alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadoras de prótesis totales Odontología Sanmarquina. 2002; 1 (10): 17-22
7. Hidalgo Hidalgo S, Ramos Díaz M, Fernández Franch N. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos portadores de prótesis total en dos áreas de salud. Archivo Médico de Camagüey, vol. 9, núm. 6, 2005.
8. Lemus Cruz L, Triana K, Del Valle Selenenko O, Fuertes Rufín L, Sáez Carriera R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2014 Oct 09]; 46(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-2009000100003&lng=es

9. Roisinblit R, et al. Odontología para las personas mayores. 1a ed. - Buenos Aires, 2010.
10. Torres J, Vivas R, Arellano Gámez L. Estudio citopatológico del epitelio bucal en pacientes totalmente edéntulos con dentaduras recientes y de larga data. Revista odontológica de Los Andes Venezuela. Vol. 7 - nº 1 - enero-junio -2012. Pág 24-32.
11. Ruiz-Torres R, et al. Frecuencia de lesiones en la mucosa bucal debidas al uso de aparatos protésicos removibles. Revista Odontológica Latinoamericana; (2013) Vol. 5 Núm. 2 pp 47-50.
12. Matos Paraguassúl G, et al. Prevalencia de lesiones bucales asociadas al uso de prótesis dentales removibles, en un servicio de estomatología. Revista Cubana de Estomatol 2011; 48(3):268-276.
13. Jainkittvong A, et al (2009) Oral mucosal lesions in dentures wearers. Journal compilation Gerodontogy, 27 (janeiro), pp. 26-32.
14. Torres MA, Espinoza I. Trastornos odontológicos en el adulto mayor. *Medwave* 2009 Sep; 9(9) doi: 10.5867/medwave.2009.09.4124.
15. Barroeta A. Flores E, Factores determinantes que afectan el uso de Prótesis Removibles en adultos mayores rehabilitados en la clínica integral del adulto en la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Paéz en el periodo de septiembre-diciembre 2012, Valencia, 2012.
16. Salvatella Rosales M, Condiciones y Lesiones Orales en una Población Anciana Institucionalizada de Castellón. (Tesis Doctoral) Granada: Universidad de Granada España; 2009.
17. Flores Ramos J, Mendez Rivera B. Prevalencia de Candidiasis Oral en la Población adulto mayor portador de Prótesis Removible. Rev. Insigne agosto 2013.
18. Meneses Gómez E. Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. (Tesis doctoral) Madrid: Universidad complutense de Madrid, 2010.
19. Franco González L, et al. Descripción de cambios clínicos de las mucosas orales en adultos mayores. Revista nacional de odontología; vol 7, num 12, 2011.
20. Garcia Arguacil C. Cambios morfológicos que influyen en el tratamiento protésico. Instituto Superior de Ciencias Médicas Camaguey, 2000.
21. Ley 475 de Prestaciones de Salud Integral. Online. 2014

22. Bolivia Sonríe Salud para todos. Boletín informativo anual- Gestión 2013.
23. Calleja Olvera J, et al. Odontogeriatría Programa Nacional de Atención al Envejecimiento Programa de Salud Bucal. Méjico, 2010.
24. Bordas Guijarro J, et al. Patología Bucal. Tratado de geriatría para residentes. Cap. 51, 2010.
25. Bonvim de Andrade D. Lesões causadas por Protéses Removíveis em pacientes idosos. Curitiba, 2003.
26. Walanabe Velásquez R. Cambios histométricos del epitelio de la mucosa palatina en pacientes portadores de prótesis completa. Odontología sanmarquina vol. 1 n°3 enero-junio 1999.
27. Basker RM, Davavenport JC. Prosthetic Treatment of the Edentulous Patient. 4ª ed. Oxford: Blackwell Munksgaard a Blackwell Publishing Company; 2002.
28. Argente Alvarez. Semiología Médica, Editorial Panamericana, 2004.
29. Pennacchiotti Vidal G. Factores que influyen en el uso de prótesis removible en adultos mayores recién rehabilitados. Trabajo de investigación para optar al título de Cirujano Dentista. Santiago-Chile 2006.
30. Saieh D. Trabajo Estomatitis Subprótesis. www.odontochile.cl
31. Caires Figueira J. Lesões na Cavidade Oral associadas ao uso de Prótese Parcial Removível. (Monografía) Porto: Universidad Fernando Pessoa; 2010.
32. Mezzomo E. Rehabilitación Oral Contemporánea. Editorial Amolca, 2010.
33. Gutiérrez Segura M, Lesiones de la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de Prótesis. Holguin, Cuba. Octubre 2013.
34. Ferreira de Pinho L C, et al. Principais lesões orais ocasionadas pela má adaptação da prótese parcial removível e pela má higienização. Caderno de ciências biológicas e da saúde, n. 01, 2013.
35. Botrel Rosa L, et al. Odontogeriatría- A saúde bucal na terceira idade. RFO, v. 13, n. 2, p. 82-86, maio/agosto 2008.
36. Coelho Goiato M, et al. Lesões Oraís Provocadas Pelo Uso de Próteses Removíveis. Pesq Bras Odontopediaria Clínica Integrada, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 85-90, jan. /abr. 2005.

37. García Alpizar B, Benet Rodríguez C, Castillo Betancourt E. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* ISSN: 1727-897X Medisur 2010; 8(1).
38. Zegarelli E, Kutscher A, Hyman G. *Diagnostico en patología oral*. Salvat Editores. 1982.
39. Jiménez Soriano Y, et al. *Lesiones erosivas y ulceradas de la mucosa oral: Manifestaciones Clínicas Y Diagnóstico*. Valencia, 2010.
40. De la Rosa García E, Anaya Saavedra G, Godoy Rivera L M. *Manual para la detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas*. Méjico D.F. Julio-2009.
41. Lira de Farias A, et al. Lesões da mucosa oral em pacientes portadores de próteses dentárias: ilustrações clínicas e abordagem preventiva. *Revista Odonto-* Ano 16, n. 31, jan. jun. 2008. 19-26.
42. Ayuso-Montero R, Torrent-Collado J, López-López J. Estomatitis Protésica: puesta al día. *RCOE*, 2004, Vol 9, Nº6, 657-662.
43. Ríos Dueñas M. *Estomatitis Subprótesis, Prevalencia de Candidiasis Oral y comparación de su resolución con o sin el empleo de Antimicóticos*. (Trabajo de grado Especialidad). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Odontología; 2014.
44. Philip Sapp J. *Patología Oral y maxilofacial contemporánea*. Madrid España; Editorial Harcourt-Brace. 1998.
45. Ley Sifontes L, et al. *Comportamiento de la Estomatitis Subprótesis*. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba. 2008
46. Expósito Sanchez J, Gonzalez Olazabal M, Ruiz Calabuch H. Factores de riesgos de la estomatitis subprótesis en los pacientes del municipio de Taguasco. *Gaceta Médica Espirituana* 2010; 12(2).
47. CARVALHO DE OLIVEIRA, T. R. et al. Avaliação da estomatite protética em portadores de prótese totais. *Pesqui Odontol Bras.*, v. 14, n. 3, p. 219-24, 2006.
48. BARBEAU, J. et al. Reassessing the presence of *Candida albicans* in denture-related stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, v. 95, n. 1, p. 51-9, 2003.

49. Kabawat M, de Souza RF, Badaro MM, de Koninck L, Barbeau J, Rompre P, et al. Phase 1 clinical trial on the effect of palatal brushing on denture stomatitis. *The International journal of prosthodontics*. 2014; 27(4):311-9.
50. Tamarit Borràs M, et al. Exéresis de las lesiones hiperplásicas de la cavidad bucal. Estudio retrospectivo de 128 casos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10:151-62.
51. Ceballos A. *Medicina Bucal*. Granada: Gráficas Anel; 1993. p. 120-41.
52. Muñante-Cárdenas J L, Jaimes L, Olate S, Albergaria-Barbosa J R. Consideraciones actuales en hiperplasia fibrosa inflamatoria. *Fundación acta odontológica venezolana*. Caracas – Venezuela. 2009.
53. Rodríguez AF, Sacsquispe SJ. Hiperplasia fibrosa inflamatoria y posibles factores asociados en adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana* 2005; 15 (2): 139 - 144.
54. Marchena Rodríguez L, Osorio Robles M, Fernández Ortega C. Diagnóstico del épulis fisurado y otras lesiones bucales en la consulta de odontología: 23/04/2014.
55. Nuño Ballester J, et al. Lesiones en la mucosa oral originadas por prótesis. *Gaceta Dental*: 2009.
56. CARLI J, *et al.* Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. *SALUSVITA*, Bauru, v. 32, n. 1, p. 103-115, 2013.
57. García López E, et al. Queilitis. Revisión bibliográfica. *Rev Cubana Estomatol* v.41 n.2 Ciudad de La Habana Mayo-ago. 2004.
58. Pardi G, et al. Detección de especies de *Cándida* en pacientes con estomatitis subprotésica. *Facultad de Odontología U.C.V.* 2001
59. Martori E, Ayuso-Montero R, Martinez-Gomis J, Viñas M, Peraire M. *Journal of Prosthetic Dentistry*, Vol. 111, p273–279. 2013.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento Informado

Yo,.....,quien suscribe este documento estoy de acuerdo en participar en el presente estudio y dejo constancia de que he sido informado con la descripción del procedimiento a realizarse. Además el investigador ha contestado, a mi entera satisfacción, las preguntas al respecto, por lo que basándome en esta información, acepto voluntaria y libremente participar en esta investigación comprendiendo que, la misma no compromete de ninguna manera mi integridad física o emocional.

Para que conste por mi libre voluntad firmo este documento a los doce días del mes de agosto del año 2014.

.....

Firma

Anexo 2

FICHA CLINICA		Nº
1.-	Nombre:.....	
2.-	Edad:	
3.-	Sexo: F M	
4.-	Tipo de prótesis:	
	1= Prótesis Total superior	
	2= Prótesis Total inferior	
	3= Prótesis Total superior e inferior	<input type="checkbox"/>
	4= Prótesis Parcial superior	
	5= Prótesis Parcial Inferior	
	6= Prótesis Total superior y PPR Inferior	
	7= Prótesis Total inferior y PPR Superior	
	8= Prótesis parcial superior e inferior	
5.-	Material de la Prótesis:	
		Sup. Inf.
	1= Acrílico	<input type="checkbox"/>
	2= Mixta	<input type="checkbox"/>
6.-	Tiempo de uso:	
	1= 1 a 5 años	
	2= 6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
	3= 11 a 15 años	
	4= 16 o más años	
7.-	Frecuencia de uso:	
	1= Durante el día	<input type="checkbox"/>
	2= Durante el día y la noche	
	3= Solo para comer	
8.-	¿Con qué frecuencia acude al odontólogo para controlar el estado de su prótesis?	
	1= 1 vez al año	
	2= 2 veces al año	<input type="checkbox"/>
	3= Ninguna	

9.- Calidad de higiene de la prótesis:

1= Buena

2= Mala

10.- Condición de Integridad Protésica:

Sup.

Inf.

1= Buena

2= Mala

11.- Estado Técnico de la Prótesis (Pérdida de Adaptación):

Sup.

Inf.

1= SI

2= NO

12.- Presencia de lesión bucal:

1= SI

2= NO

13.- Tipo de Lesión Bucal:

1= Úlcera Traumática

2= Estomatitis Subprotésica

3= Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria

4= Otra

Sup.

Inf.

14.- Ubicación de la Lesión Bucal:

1= Reborde Alveolar Superior

2= Reborde Alveolar Inferior

3= Paladar

4= Vestíbulo bucal superior

5= Vestíbulo bucal inferior

6= Piso de la Boca

7=Frenillo

8=Mucosa Yugal

9= Labio

RECOLECCIÓN DE DATOS

Por la cantidad de datos recolectados, se presentan solo algunos de los casos clínicos encontrados.

Caso Clínico I



Nombre: PC

Sexo: F

Edad: 81 Años

Prótesis:

Tipo: P. Total Superior e Inferior

Material: Acrílico

Condición: Mala

Higiene: Mala

Estado: Desadaptada

Tiempo de uso: Más de 16 años

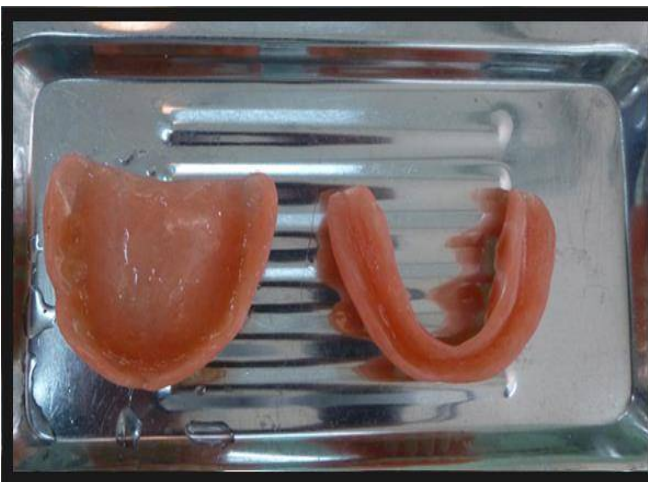
Frecuencia de uso: Durante el día

Frecuencia de control: Ninguna

Lesión: Estomatitis Subprotésica

Localización: Paladar

Caso Clínico II



Nombre: JMN

Sexo: M

Edad: 71 Años

Prótesis:

Tipo: P. Total Superior e Inferior

Material: Acrílico

Condición: Buena

Higiene: Buena

Estado: Desadaptada

Tiempo de uso: 1-5 años

Frecuencia de uso: Durante el día

Frecuencia de control: 2 v/año

Lesión: Úlcera traumática

Localización: Vestíbulo bucal Sup.

Caso Clínico III



Nombre: RVM

Sexo: F

Edad: 66 Años

Prótesis:

Tipo: P. Total Superior

Material: Acrílico

Condición: Mala

Higiene: Mala

Estado: Desadaptada

Tiempo de uso: Más de 16 años

Frecuencia de uso: Durante el día y noche

Frecuencia de control: Ninguna

Lesión: Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria

Localización: Vestíbulo bucal superior

Caso Clínico IV



Nombre: MRC

Sexo: M

Edad: 67Años

Prótesis:

Tipo: P. Total Superior e Inferior

Material: Acrílico

Condición: Buena

Higiene: Buena

Estado: Desadaptada

Tiempo de uso: 1-5 años

Frecuencia de uso: Durante el día

Frecuencia de control: Ninguna

Lesión: Úlcera traumática

Localización: Reborde alveolar inferior