



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LESIONES EXOFÍTICAS DE LA MUCOSA ORAL POR  
USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE EN PACIENTES QUE ACUDEN AL  
CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA UDLA EN EL PERIODO MARZO-  
ABRIL 2017

Autor

Nelson Israel Suárez Chamorro

Año

2017



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LESIONES EXOFÍTICAS DE LA MUCOSA ORAL POR USO  
DE PRÓTESIS REMOVIBLE EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE  
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA UDLA EN EL PERIODO MARZO-ABRIL 2017

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos  
para optar por el título de Odontólogo

Profesor Guía  
Dr. José Serrano

Autor  
Nelson Israel Suárez Chamorro

Año  
2017

## **DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA**

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

---

Dr. José Serrano  
C.I. 1714333455

## **DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR**

“Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

---

Dr. Pedro Peñón Vivas  
C.I. 1756259469

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

---

Nelson Israel Suárez Chamorro

C.I. 1004007801

## **AGRADECIMIENTOS**

Le agradezco a Dios por acompañarme y cuidarme a lo largo de mi carrera.

A mis padres Herminia y Nelson Efraín, que me han sabido apoyar desde muy pequeño en todo lo que ha estado a su alcance y darme la oportunidad de tener la mejor educación posible.

A mi hermana Valeria, que siempre me ha cuidado y guiado por el camino del bien y me ha sabido dar el mejor ejemplo como persona y estudiante.

A mis compañeros: Jennifer, Xime, Carolina y Andrea que han hecho que mi vida universitaria sea más placentera y por toda la ayuda que siempre me han sabido brindar a lo largo de estos 5 años de carrera, no solo como compañeros, sino como amigos.

A Maria Belén que me acompañó, apoyó y animó en todo momento desde que la conocí.

Y finalmente, a mi tutor el Dr. José Serrano, por toda la ayuda y motivación a lo largo de este estudio.

## RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo el determinar la prevalencia de lesiones exofíticas de la mucosa oral en pacientes portadores de prótesis removible que acuden al Centro de Atención Odontológica de la UDLA, así como también establecer los principales factores de riesgo y causas que pueden provocar la manifestación de las mismas. Para lo cual se evaluó, previa a la firma de un consentimiento informado, a 50 pacientes portadores de prótesis removible, a los mismos que se les realizó una encuesta sobre el tiempo de uso de la prótesis, frecuencia de limpieza, presencia de puntos traumáticos y molestias con la misma; y un examen físico para comprobar la presencia de alguna lesión. Una vez recogida la muestra, los resultados se tabularon y demostraron que existe una prevalencia del 46% de pacientes con patologías por uso de prótesis, siendo las más comunes la estomatitis subprotésica en el 26% de la muestra, seguida del épulis fisurado y el épulis fibroso en el 10% de los pacientes evaluados. Además, se encontró un 15% de pacientes con más de una lesión y un 6% con otro tipo de patología. Se concluyó que la prevalencia de estas patologías en la mucosa oral es usual y se debe establecer una mejor instrucción a los pacientes sobre el uso, cuidado, tiempo máximo de uso de una prótesis dental y factores que influyen en la manifestación de estas patologías; además no se debe dejar de lado la importancia del tratamiento quirúrgico que necesitan estas lesiones previo a la futura rehabilitación exitosa.

## **ABSTRACT**

The present study aims to determine the prevalence of exophytic lesions of the oral mucosa in patients with removable prosthesis who come to the Centro de Atención Odontológico UDLA, as well as to establish the main risk factors and causes that may lead to the manifestation from the same. For that, 50 patients with removable prosthesis were evaluated, prior to the signing of an informed consent, to the same ones that were carried out a survey on the time of use of the prosthesis, frequency of cleaning, presence of traumatic points and discomfort with it; And a physical examination to check for any lesions. Once the sample was collected, the results were tabulated and demonstrated that there is a prevalence of 46% of patients with prosthesis use, with denture stomatitis being the most common in 26% of the sample, followed by fissured epulis and fibrous epulis in 10% of the patients evaluated. In addition, 15% of patients with more than one lesion and 6% with other types of pathology were found. It was concluded that the prevalence of these pathologies in the oral mucosa is usual and a better instruction should be established to the patients on the use, care, maximum time of use of a dental prosthesis and factors that influence the manifestation of these pathologies; In addition the importance of the surgical treatment that these injuries need previous to the future successful rehabilitation should not be left aside.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema:.....	2
1.2. Justificación: .....	4
<b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Definición de prótesis dental removible: .....</b>	<b>5</b>
2.1.1. Tipos de prótesis removible. ....	5
2.1.2. Factores que influyen en el fracaso de una prótesis. ....	6
2.1.3. Indicaciones de cuidados e higiene para un paciente portador de prótesis removibles.....	7
2.1.4. Alteraciones de la mucosa en portadores de prótesis.....	8
2.1.5. VPH y su relación con las lesiones exofíticas orales. ....	9
<b>2.2. Lesiones exofíticas de la mucosa .....</b>	<b>10</b>
2.2.1. Estomatitis subprotésica .....	10
2.2.2. Épulis fisurado.....	11
2.2.3. Épulis fibroso.....	12
2.2.4. Granuloma .....	13
2.2.5. Granuloma piógeno.....	13
2.2.6. Hiperplasia .....	14
2.2.7. Fibroma.-.....	14
<b>2.3. Biopsia. ....</b>	<b>15</b>
2.3.1. Biopsia escisional.....	15
2.3.2. Biopsia incisional.....	15
<b>3. OBJETIVOS. ....</b>	<b>17</b>
3.1. Objetivo General.....	17
3.2. Objetivos Específicos. ....	17

<b>4. MATERIALES Y MÉTODOS.</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1 Tipo de estudio</b> .....	<b>18</b>
<b>4.2. Universo de la muestra</b> .....	<b>18</b>
<b>4.3. Muestra</b> .....	<b>18</b>
4.3.1 Criterios de inclusión .....	18
4.3.2. Criterios de exclusión .....	18
<b>4.4. Descripción del método</b> .....	<b>19</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>21</b>
Tabla 1.....	21
<i>Descripción Demográfica</i> .....	21
Tabla 2.....	22
<i>Prevalencia de lesiones exofíticas de la mucosa oral por uso de prótesis</i> .....	22
Tabla 3.....	23
<i>Prevalencia de patologías por género</i> .....	23
Tabla 4.....	24
<i>Prevalencia de patologías en pacientes fumadores</i> .....	24
<i>Figura 4. Porcentaje de pacientes fumadores de la muestra.</i> .....	25
Tabla 5.....	26
<i>Prevalencia de patologías por tiempo de uso de la prótesis</i> .....	26
Tabla 6.....	27
<i>Prevalencia de patologías por frecuencia de limpieza de la prótesis</i> .....	27
Tabla 7.....	29
<i>Prevalencia de patologías por inestabilidad de la prótesis</i> .....	29
Tabla 8.....	30
<i>Prevalencia de patologías por adaptación de la prótesis</i> .....	30
Tabla 9.....	32
<i>Prevalencia de patologías por higiene de la prótesis</i> .....	32
Tabla 10.....	33
<i>Prevalencia de patologías por presencia de puntos traumáticos</i> .....	33
Tabla 11.....	35
<i>Prevalencia de patologías por tipo de prótesis.</i> .....	35
Tabla 12.....	36
<i>Prevalencia de patologías encontradas.</i> .....	36

<b>6. DISCUSIÓN .....</b>	<b>38</b>
<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>42</b>
<b>8. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>43</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>48</b>

## **1. Introducción.**

La presente tesis comienza a desarrollarse desde la importancia de la correcta rehabilitación en pacientes total o parcialmente edéntulos, puesto que existen hoy en día una inmensa variedad de opciones para tratarlos. Entre estas alternativas, las más usadas y demandadas son las prótesis totales o parciales removibles que pueden ser confeccionadas de diversos materiales dependiendo del costo y la necesidad del paciente a tratar con el fin de devolver su función estética y funcional.

Sin embargo, dicho tratamiento al ser un objeto extraño en la cavidad bucal, comprende algunos factores de riesgo como son el trauma que ejercen las prótesis en la mucosa del paciente, hábitos como el de fumar, mala higiene, entre otros. Y sumado a lo anterior, un inadecuado plan de tratamiento sin consideraciones quirúrgicas.

Es de esta manera como se pueden manifestar lesiones a causa de una prótesis dental y entre éstas, están las patologías exofíticas de la mucosa, es decir lesiones elevadas. Es de suma importancia el estudio de éste tipo de patologías por el riesgo de malignidad que representan.

Éste estudio, tiene como objetivo el determinar la prevalencia de dichas lesiones en los pacientes portadores de prótesis removible que acuden al Centro de Atención Odontológico UDLA con el fin de que se tome en cuenta que las patologías en prostodoncia deben ser un tema de constante estudio y seguimiento.

### **1.1. Planteamiento del problema:**

El uso prolongado de dichas prótesis dentales removibles sin que sean reemplazadas de forma periódica, la falta de higiene, malos hábitos como el tabaco, pobre adaptación, alergia a las mismas entre otros, puede conllevar a que ciertas patologías se manifiesten en la boca. Además algunas de estas lesiones de la mucosa oral pueden tornarse malignas por lo que deben ser diagnosticadas a tiempo (García et al., 2012).

Los diferentes estudios sobre este tema difieren en los resultados, puesto que la prevalencia de lesiones subprotésicas diferían de acuerdo al material, hábitos, y técnica usada por el rehabilitador (Mubarak, et al., 2015, p.512). También se ha demostrado que la prevalencia de patologías causadas por prótesis ha aumentado en los últimos años y que existe una correlación entre algunas de las patologías como la keratosis y la candidiasis eritematosa (Zwiri et al., 2016 p. 327).

Entre las lesiones de la mucosa oral que se pueden manifestar por el uso de una prótesis dental sea parcial o removible están las de tipo exofíticas, que quiere decir de naturaleza inflamatoria o que aparecen hacia el exterior (Flores et al., 2010, p.32). Este tipo de lesiones constituyen el 66% de lesiones en boca atribuidas a la mala higiene y uso de prótesis dentales (Cesian et al., 2011, p. 74).

La lesión exofítica más común por el uso de prótesis total es el épulis fisurado causado principalmente por el trauma y la irritación inducida por una prótesis removible. Clínicamente se presenta como una lesión con relieve en forma de pliegues y con la mucosa normal o eritematosa. Debido a las grandes molestias que puede provocar esta enfermedad debe ser quirúrgicamente extraída y se debe realizar otra prótesis total (Sasankoti et al., 2013).

También existen otras patologías muy comunes por el uso de prótesis como son los granulomas y todas sus clases de patologías exofíticas en los que su forma clínica depende del tipo de granuloma. De igual manera otra lesión que se

presenta con frecuencia es la hiperplasia fibrosa que es el aumento del volumen de un tejido a causa del incremento de número de células (Cesian et al., 2011, p.74).

Pero estas son solo pocas de las innumerables patologías de naturaleza exofítica que se pueden presentar por el uso de una prótesis dental que pese a ser una alternativa segura ante la pérdida dental, no están exentas de provocar daños en el organismo (García et al., 2012, p.32).

## **1.2. Justificación:**

La importancia de estudiar, detectar y diagnosticar a tiempo este tipo de lesiones de la mucosa radica en que estas lesiones provocan una gran molestia en la boca del paciente. Además algunas de estas patologías pueden transformarse en malignas, que si son diagnosticadas y tratadas a tiempo se previene grandes complicaciones.

El estudio se enfoca en dos puntos vitales que son: Los estudiantes que atienden en el centro de atención odontológico UDLA y los pacientes portadores de prótesis removibles que asisten a la misma.

En cuanto a los estudiantes se pretende que sepan detectar y diferenciar una patología por prótesis, así como también puedan dar un tratamiento óptimo para dicha complicación y explicar de manera adecuada al paciente la importancia de realizar exámenes como una biopsia excisional para determinar si la lesión puede o no tornarse en maligna.

Por otra parte, se tiene la intención de que los pacientes portadores de prótesis removibles sepan la importancia de realizarse controles periódicos ya que la prótesis que llevan en su boca puede provocar lesiones en la mucosa que pueden complicarse si no son diagnosticadas y tratadas a tiempo.

## 2. Marco Teórico

### 2.1. Definición de prótesis dental removible:

Una prótesis es la sustitución de un órgano o parte del cuerpo que se ha perdido devolviendo la funcionalidad del mismo, en Odontología, a esta ciencia se la llama prostodoncia (García et al, 2012, p.33). Por lo tanto una prótesis dental que puede ser parcial, total o fija tiene como función reemplazar a la o las piezas dentales perdidas, ya sea por factores bacterianos, biológicos, físicos o ambientales, devolviendo la funcionalidad de las mismas y la estética al paciente. Pues la pérdida de dientes tiene como resultado pérdida de la dimensión vertical, función y estética (Llanquichoque, 2012, p. 1148).

La prótesis removible es aquella que tiene la función de reemplazar a los dientes faltantes, pero con la peculiar característica de que se puede retirar de la cavidad bucal, es decir no está fija sobre estructuras dentales, implantes o estructuras óseas (Flores et al, 2010, p.14).

#### 2.1.1. Tipos de prótesis removible.

- **Prótesis parcial removible.**- En pacientes con brechas desdentadas extensas, con gran pérdida de hueso alveolar y una mala situación económica, es la opción más indicada para rehabilitarlos. Esta prótesis puede ser dentosoportada o dentomucosoportada, y además consta de algunos elementos como conectores mayores, menores y retenedores que son componentes metálicos que comprometen la estética del paciente. (Esquivel et al, 2011, p. 70).

- **Prótesis total.**- Es una prótesis removible mucosoportada indicada para pacientes edéntulos, la misma que consta de todas las piezas dentales. Las prótesis son soportadas gracias a un contacto directo con la mucosa y son confeccionadas en una base acrílica. El fin de este tipo de prótesis es devolver la funcionalidad y estética del paciente (Esquivel et al, 2011, p. 69).

### **2.1.2. Factores que influyen en el fracaso de una prótesis.**

El éxito de una prótesis parcial o total depende no solo de la confección de la misma sino también del cuidado que le da el paciente (Zwiri, 2016, p. 326). Pues así como una prótesis usada adecuadamente y bien confeccionada devuelve la funcionalidad y estética al paciente, el uso inapropiado de la misma en donde influyen varios factores como el aseo oral, malos hábitos, edad avanzada, enfermedades sistémicas o de la motricidad, entre otros, además de una mala confección de la misma, pueden generar problemas en la mucosa y el fracaso de la misma (Koyoma et al, 2010, p. 97).

Entre las razones principales del fracaso de una prótesis dental o que esta provoque una estomatitis subprotésica o alguna patología relacionada con la prótesis están: Uso prolongado de una misma prótesis que va de 5 años en adelante. Un estudio realizado por Peracini y colaboradores (2010, p.248) revela que hay una importante cifra de pacientes que usa la misma prótesis dental por más de 20 años. Además la mayoría de pacientes portadores de prótesis no son instruidos por parte del odontólogo sobre cómo higienizarlas (Ruiz et al, 2009, p.73). Es por esto que una de los principales factores etiológicos para la inflamación de la mucosa subprotésica es la falta de higiene de la prótesis (Peracini et al. 2010, p. 248).

De igual forma, otro de los factores principales del fracaso de una prótesis es la recidiva de una lesión o el no tratarla quirúrgicamente, lo que afecta el terreno protésico; posteriormente el desajuste de la misma y en muchos casos recidivas de lesiones provocadas por el uso de la prótesis. Pues en estudios realizados sobre la eficacia del tratamiento quirúrgico del épulis fisurado demuestran que pese a que éstas patologías han sido retiradas de la cavidad bucal, se presentó un

19% de recidiva y la principal causa de ésta complicación fue el no haber realizado un reajuste inmediato o cambio de la prótesis antigua (Borras et al. 2005, p. 161).

### **2.1.3. Indicaciones de cuidados e higiene para un paciente portador de prótesis removibles.**

Después de la entrega de una prótesis total o parcial removible, se debe indicar al paciente que debe tener ciertos cuidados de mantenimiento e higiene con la misma para que la prótesis no fracase y no provoque ningún tipo de lesión o manifestación anormal en la mucosa oral.

Las instrucciones correctas hacia el paciente refuerzan la importancia de preservar los tejidos periodontales e impiden o disminuyen la aparición de otras enfermedades del sistema estomatognático. Cada tipo de prótesis tiene sus propias instrucciones y es responsabilidad del especialista informar al paciente dichas instrucciones de uso y cuidados (Navarro et al, 2016, p. 2217).

Las personas rehabilitadas con prótesis removibles deben higienizarlas después de cada comida, cepillarlas con un cepillo dental estándar y enjuagarlas con abundante agua; los pacientes se deben retirar la prótesis antes de dormir con el fin de que la mucosa descanse del trauma que ésta produce al menos unas horas. Se aconseja que mientras la prótesis esté fuera de la boca se mantenga en un vaso con agua con el fin de mantenerla hidratada y que los materiales con los cuales está confeccionada se mantengan en óptimas condiciones. De igual manera es aconsejable que cuando el paciente se retire la prótesis se realice unos masajes en las encías con el fin de mejorar el riego sanguíneo logrando de esta manera una reducción de la reabsorción de los tejidos (Navarro et al, 2016, p. 2218).

En la odontología la clorhexidina tiene un importante uso, pues está indicada para la inhibición farmacológica de la formación de placa dental y periodontal supragingival por lo que es recomendada antes y después de los tratamientos

periodontales. Gracias a la adsorción de la clorhexidina a la superficie dental y a la mucosa los efectos de la misma persisten hasta por 48 horas después de la aplicación. En prostodoncia es muy usada para la desinfección de las prótesis y como prevención y tratamiento de candida, enfermedad provocada por ésta aparatología (Chimeno, 2010, p. 35).

#### **2.1.4. Alteraciones de la mucosa en portadores de prótesis.**

La mucosa de un paciente total o parcialmente edéntulo es muy propensa a sufrir inflamaciones o lesiones por los factores antes mencionados. Se puede producir estas alteraciones en diversas formas como localizada o generalizada, papilomatosa, inflamatoria aguda o crónica (Shah et al. 2011, p.170).

Algunas condiciones de la mucosa oral pueden provocar la aparición de lesiones en la misma. Estas condiciones según su etiología pueden incluir lesiones por trauma neuromuscular causado por el uso de una prótesis sin oclusión balanceada, lesiones por oclusión traumática de diversos tipos, la acción de una prótesis como un cuerpo extraño, poca oxidación y ventilación de la mucosa oral cubierta por una prótesis, retención inadecuada de las prótesis dentales, poca resistencia de la mucosa causada por enfermedades sistémicas, condiciones endócrinas y neurológicas, acumulación de comida o sustancias infecciosas en la prótesis, entre otros (Marchena, et al. 2014, p. 32).

Entre las lesiones más comunes y de mayor importancia que puede presentar un paciente portador de prótesis parcial removible están: Estomatitis subprotésica, épulis fisurado, épulis fibroso, granuloma e hiperplasias en todas sus variaciones (Mubarak et al, 2015, p.506).

### **2.1.5. VPH y su relación con las lesiones exofíticas orales.**

El VPH conforma un grupo de virus de los cuales están identificados más de 100 diferentes tipos, de este grupo alrededor de 40 son transmitidos sexualmente y afectan a las capas basales de las células epiteliales de tegumentos y mucosas. El papiloma virus tiene predilección por ciertos tipos de tejidos y estos son genitales externos, mucosa cervical, laríngea y bucal. Se puede mencionar que cierto porcentaje de tejidos afectados pueden llegar a transformarse en lesiones benignas y en ciertas ocasiones en carcinomas (González et al, 2014, p. 25).

La presencia de este virus en manifestaciones estomatológicas ha sido detectado en lesiones precursoras, neoplasias tanto benignas como malignas, metástasis de tumores de cabeza y cuello entre otras (González et al, 2014, p. 25). Éstas lesiones bucales producidas por VPH son lesiones benignas derivadas de epitelio de revestimiento, este virus puede presentarse en cualquier edad y con mayor frecuencia en el sexo femenino. Entre los factores de riesgo se encuentran los hábitos sexuales orogenitales, el consumo de tabaco, alcohol y posibles traumas provocados en la mucosa bucal que alteren los patrones de comportamiento celular como por ejemplo una prótesis removible mal adaptada que efectivamente esté causando un trauma anormal en la mucosa del paciente (González et al, 2014, p. 25).

La verruga vulgar es una de las lesiones más comunes que se presenta en la boca por acción del VPH, clínicamente se presenta como una elevación sésil o pediculada y se puede confundir mucho con un fibroma. Se localiza principalmente en la semimucosa labial, en los rebordes alveolares, paladar duro y bermellón. Por otra parte el papiloma oral tiene un aspecto clínico parecido al de la una coliflor, una superficie digitiforme con crecimiento exofítico y base sésil; su coloración depende del grado de queratinización, lesión indolora solitaria de 1cm de diámetro aproximadamente (Cháirez et al, 2015, pp. 234-235). El diagnóstico diferencial de lesiones causadas por VPH y lesiones causadas por prótesis se basa básicamente

en la ubicación de las mismas. Las lesiones por VPH tienen tendencia por cualquier zona de la cavidad bucal incluida la lengua y carrillos; por otra parte las lesiones exofíticas de la mucosa causadas por prótesis removibles se deben principalmente a traumatismos o infecciones por falta de higiene de las mismas, por lo que se localizan en las zonas donde se asientan las prótesis o de donde se sujetan, es decir, fondo de surco, cara vestibular y lingual de rebordes residuales, papila piriforme, rugas palatinas y papilas interdentes, es decir zonas en donde comúnmente se produce trauma por el uso de prótesis (Barragán et al, 2009, p. 12).

## **2.2. Lesiones exofíticas de la mucosa.**

Una lesión exofítica, es aquella que tiene relieve, es decir crece hacia afuera. También considerada como una lesión tumoral, es decir el aumento de tamaño de un tejido similar al de origen en el caso de que sea benigno con presencia de poca actividad mitótica, alta diferenciación y con poca recidiva. No tienen predilección por el sexo y se presenta con más frecuencia en edades a partir de los 30 años (Marchena, et al. 2014, p. 32). Entre las patologías exofíticas que pueden presentarse en la mucosa bucal están:

**2.2.1. Estomatitis subprotésica.-** es una lesión de la mucosa oral que toma lugar debajo de una prótesis removible causada por la asociación entre estomatitis oral e infección por *Candida*, falta de higiene adecuado de la prótesis, disfunción endotelial, deficiencia de Vitamina A y el consumo de cigarrillo (Shahrzad et al. 2015, p. 79).

La estomatitis es la lesión más común en portadores de prótesis, pues en estudios realizados en Turquía se indica que el 35.5% de pacientes con prótesis presenta este tipo de lesión (Shahrzad et al. 2015, p. 79).

También es descrita como la lesión más común que se asienta en el paladar duro en pacientes portadores de prótesis mucosoportadas, caracterizada por una proliferación fibroepitelial provocada por la base acrílica o metálica mal ajustada, pobre higiene bucal y malos hábitos personales en el uso de la prótesis (Local et al. 2009, p. 24).

El estudio de Shahrzad Taheri realizado en Irán, muestra que la estomatitis subprotésica junto con la queilitis angular y la úlcera traumática son las lesiones más comunes en pacientes portadores de prótesis con una prevalencia de 71.8% de estas lesiones (Taheri et al, 2016, p. 80). Mientras que por otra parte Ruiz y Rodríguez en sus respectivos estudios afirman que la lesión más común en portadores de prótesis es el Épulis fisurado con una prevalencia del 54 y 72% respectivamente (Rodríguez, et al, 2014, p.225).

De acuerdo con la gravedad de esta patología Moreira y Bernal la clasifican en tres grados:

- Grado I.- Puntos hiperémicos, una lesión inflamatoria de coloración rojo brillante, sin síntomas con mucosa de apariencia fina, brillante y lisa; casi imperceptible a la inspección (Local et al. 2009, p. 24) (Figura 22).
- Grado II.- Se presenta como un área eritematosa bien definida que pasa por el contorno de la prótesis puede presentar un fondo granuloso o en otros casos exudado blanco gris (Local et al. 2009, p. 24).
- Grado III.- Una lesión bien definida formada por mucosa granulosa irregular y claramente exofítica, asemejando formas papilares (Local et al. 2009, p. 24).

**2.2.2. Épulis fisurado.-** La palabra “épulis” es adoptado por Virshoff, cuyo significado en el diccionario es “sobre las encías”. Se ha determinado que este término no es bien usado ya que esta patología no solo aparece en la encía sino en el surco vestibular o región palatina. Es por esto que al épulis fisurado también se lo conoce como “hiperplasia fibrosa inducida por prótesis” (Sasankoti, 2013).

Es un sobrecrecimiento del tejido fibroso que se desarrolla debajo de una prótesis total o parcial siendo otra de las patologías más comunes en portadores de prótesis. Esta lesión sucede porque la cresta ósea a la que la prótesis se sostiene sufre cambios importantes con el transcurso del tiempo por lo que la prótesis debe ser reajustada o reemplazada. Si esto no ocurre la brida de la prótesis va lesionando lentamente los tejidos provocando la acumulación excesiva de tejido fibroso a manera de pliegues (Tahaeri et al, 2016, p. 80) (Figura 21). La reabsorción ósea toma un papel importante en la manifestación de ésta lesión, puesto que debido al trauma producido por la prótesis removible, se manifiesta una reabsorción ósea en el reborde residual, es decir en donde se asienta la prótesis, sin embargo la encía adherida se mantiene por lo que produce una acumulación de tejido fibroso en la zona, lo que formará los pliegues alrededor de la prótesis característicos de esta patología. Éste exceso de tejido fibroso llamado épulis debe ser retirado quirúrgicamente y realizarse las respectivas correcciones protésicas. Pues pese a que el épulis fisurado es una enfermedad benigna puede ulcerarse y provocar alteraciones más complicadas e incluso un cáncer oral (Monteiro et al, 2012, p. 77).

**2.2.3. Épulis fibroso.-** es otro tipo de épulis que es más frecuente cerca de la zona más externa de la cavidad oral sobre la encía, entre los dientes y en el reborde en caso que el paciente sea desdentado (Cawson, et al, 2012, p.314) (Figura 23).

Otra causa de esta patología es el consumo de drogas como la fenitoína. Ésta patología cuando se presenta en pacientes dentados puede causar molestias durante la masticación, y el trauma a su vez provocar inflamación y la aparición de ésta patología (Dabholkar, et al, 2008, p. 69).

Estos tipos de épulis y otras lesiones tienen una significativa prevalencia en diferentes partes del mundo que incluso superan el 50% en algunos estudios, es así como mientras en un estudio realizado por el Dr. Héctor Ruiz colaboradores

en la ciudad de la Habana en el 2009 reportó que el 53,4% de los pacientes estudiados presentaron alguna lesión de la mucosa por uso de prótesis y entre estas lesiones el mencionado épulis fisurado (Ruiz, et al, 2009, p. 81). Por otra parte la Dra. María Rodríguez y colaboradores en un estudio realizado en Yucatán, México en el 2014 reportó que el 75,8% de los pacientes portadores de prótesis presentaban al menos una lesión de la mucosa, de las cuales la más común fue el épulis fisurado (Rodríguez, et al, 2014, p.225).

**2.2.4. Granuloma.-** Este tipo de lesión en todas sus variaciones es otra de las lesiones más comunes en pacientes portadores de prótesis, que es básicamente un crecimiento excesivo de tejido nodular que puede surgir de la mucosa o de la superficie de la piel. Comúnmente en la encía, labios, mucosa bucal, paladar, vestíbulo, y muy rara vez en el área desdentada. Su tamaño puede variar desde 3mm hasta 6mm y el 70% de los casos se presenta en mujeres (Pandey, et al, 2016, p. 1816).

Por otra parte existen factores predisponentes que sumándole al uso inadecuado de una prótesis removible, la misma que causa traumatismo en la mucosa oral, pueden desencadenar la aparición de una inflamación granulomatosa, este es el caso de la tuberculosis que representa el ejemplo prototípico de la enfermedad granulomatosa relacionada con la alteración sistémica, algunas infecciones micobacterianas y fúngicas, incluyendo la lepra y la histoplasmosis (Alawi, F, 2014, p. 662).

**2.2.5. Granuloma piógeno.-** También llamado granuloma telangiectásico, es una lesión que se presenta como un agrandamiento gingival con un aspecto tumoral. Su principal característica es que es muy vascularizado y no es purulento. Se describe como un desarrollo reactivo focal de tejido fibrovascular o de granulación con proliferación endotelial importante, siendo una lesión benigna que se presenta como consecuencia a estímulos irritantes de la mucosa (Sosa, et al, 2010, p. 2).

**2.2.6. Hiperplasia.-** Las hiperplasias provocadas por prótesis o también llamados granulomas por prótesis ocasionalmente se forman en el margen de las prótesis completas. Estas lesiones son clínicamente crecimientos pálidos y firmes pero pueden estar erosionados o ulcerados que es cuando existe inflamación (Cawson, et al, 2012, p.314) (Figura 24).

**2.2.6.1. Hiperplasia papilar del paladar.-** es una lesión que se manifiesta debajo de una prótesis total y se observa como un crecimiento nodular de la mucosa del paladar que frecuentemente es provocado por un leve traumatismo o una infección que exagera la proliferación. Histológicamente se presenta como nódulos muy cercanos a tejido vascular fibroso, con infiltrado inflamatorio variable y una cubierta de tejido hiperplásico. Esa lesión no se la debe extraer quirúrgicamente, pues con un correcto aseo de la prótesis, no usar la prótesis en la noche la prescripción de antifúngicos en caso de sobreinfección por *Candida* es suficiente (Cawson, et al, 2012, p. 326).

**2.2.7. Fibroma.-** En la cavidad oral esta lesión es muy común, son lesiones tumorales de consistencia firme y de coloración similar a la mucosa sobre la cual se originó la lesión; pueden ser pediculados o sésiles. Presentan un crecimiento lento, pueden ulcerarse a causa de un trauma y en ciertas ocasiones presentan osificaciones. Histológicamente el fibroma es una masa de tejido conectivo fibroso denso, recubierta por epitelio escamoso estratificado (Chimenos, et al, 2009, s.p).

Un tipo de fibroma muy común en la cavidad oral es el fibroma traumático, también llamado nódulo fibroso se origina por un traumatismo en la mucosa oral, normalmente se presenta en la mucosa yugal a lo largo de la línea alba en la proximidad de espacios edéntulos. Pese a que sea una lesión asintomática, si se ulcera puede presentar dolor. Su tratamiento, como en cualquier fibroma es la escisión quirúrgica (Chimenos, et al, 2009, s.p).

### **2.3. Biopsia.**

En odontología la biopsia es un procedimiento quirúrgico que se lo realiza con el fin de obtener una muestra de tejido vivo para un posterior estudio histológico con finalidad diagnóstica (Aguado, et al, 2010, p. 13).

Es el procedimiento más sencillo para determinar una lesión de causa no conocida. El objetivo de la misma es dar al paciente un diagnóstico rápido y preciso para de esta manera evitar retrasos en el inicio del tratamiento más adecuado. Se ha demostrado que gracias a la detección temprana de neoplasias de la mucosa se han prevenido enfermedades como el cáncer y se ha logrado aumentar las probabilidades supervivencia del paciente (Yin Wu et al, 2014, p. 38).

#### **2.3.1. Biopsia escisional.**

Procedimiento indicado en lesiones pequeñas, es decir menores a 2cm con fin diagnóstico y terapéutico que consiste en eliminar la lesión con márgenes de seguridad adecuados de tejido normal para su respectivo estudio histológico posterior (Aguado, et al, 2010, p. 13).

En este tipo de biopsias se puede utilizar técnicas como la del bisturí o la de láser. Sin embargo una de las desventajas de usar láser es que el patólogo no podrá ver los márgenes de la muestra gracias a los efectos de la coagulación (Zustin et al, 2013, p. 551).

#### **2.3.2. Biopsia incisional.**

Procedimiento diagnóstico que es indicada en lesiones más grandes con características clínicas de malignidad. La biopsia incisional debe contener una parte significativa de la lesión y tejido adyacente normal. Esta muestra será enviada al laboratorio para determinar la malignidad de la lesión (Aguado, et al, 2010, p. 13).

Existen tres tipos de biopsia incisional: Bisturí en la que el operador utiliza un bisturí para remover parte de la lesión. Punzón en la que el operador utiliza un instrumento desechable redondo para eliminar el tejido afectado haciendo un corte profundo y eliminando la muestra. Finalmente la técnica láser consiste en realizar el mismo corte con un láser quirúrgico, este método es utilizado en zonas en las que es difícil acceder con un bisturí convencional (Yin Wu et al, 2014, p. 38).

### **3. Objetivos.**

#### **3.1. Objetivo General.**

- Determinar la prevalencia de lesiones exofíticas de la mucosa oral por el uso de prótesis parcial o total removible en pacientes que acuden al Centro de Atención Odontológica UDLA en el periodo Marzo-Abril 2017.

#### **3.2. Objetivos Específicos.**

1. Establecer las patologías más comunes de la mucosa oral por el uso de prótesis removible en la población evaluada.
2. Conocer las causas por las que el uso de prótesis removible y factores agravantes como el sexo, edad, malos hábitos de higiene y alimentación provoca lesiones exofíticas en la mucosa oral.

## **4. Materiales y métodos.**

### **4.1 Tipo de estudio:**

La presente investigación es de tipo descriptivo ya que busca analizar cómo son y cómo se manifiestan los diferentes tipos de lesiones exofíticas de la mucosa por el uso de prótesis removible. Así como también pretende encontrar las relaciones que existen entre variables como el sexo, edad, hábitos y la aparición de estas lesiones en la mucosa.

El estudio también es de tipo transversal ya que medirá el efecto de las lesiones exofíticas de la mucosa en la muestra seleccionada. Además pretende estimar la magnitud y distribución de la enfermedad en un solo momento dado.

### **4.2. Universo de la muestra**

El universo estará constituido por los pacientes que asisten al Centro de Atención Odontológica UDLA en el periodo Marzo-Abril 2017.

### **4.3. Muestra**

Serán seleccionados los pacientes total o parcialmente edéntulos que porten prótesis removibles según los criterios de inclusión y exclusión.

#### **4.3.1 Criterios de inclusión**

- Paciente con edentulismo parcial o total.
- Paciente portador de prótesis removible.
- Paciente con o sin lesiones exofíticas de la mucosa oral.
- Paciente de sexo masculino o femenino.
- Paciente de cualquier edad con las características antes mencionadas.

#### **4.3.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes que presentan lesiones bucales por otras causas que no sean el uso de prótesis removible
- Pacientes que no porten prótesis removibles, sino otro tipo de rehabilitación como prótesis fija, implantes, prótesis implantosoportadas o híbridas.
- Pacientes sin pérdida dental.

#### **4.4. Descripción del método**

Al paciente previamente realizado la historia clínica y verificado que cumpla con los criterios necesarios para ser incluido en la muestra del estudio se le realizará una encuesta en la que se determinara la edad y sexo del paciente así como también la presencia de alguna enfermedad o condición sistémica del mismo. Se preguntará la presencia o no de alguna enfermedad o molestia pasada relacionada con el uso de la prótesis y si el paciente tiene conocimiento, la posible causa de la misma. También se preguntará hábitos de higiene tanto el paciente como con la prótesis, mantenimiento de la misma, hábitos de uso y alimentación; se evaluará el tiempo de uso de la prótesis y posibles fracturas o daños en la misma durante ese periodo de uso.

Después de esto se procederá a evaluar la prótesis removible, buscando la presencia de posibles daños, fracturas, rebases, zonas que podrían provocar daño en la mucosa o manifestaciones de falta de limpieza de la misma.

Una vez realizada la evaluación de la prótesis se procederá a realizar el examen intraoral, en el cual utilizando espejos intraorales se procederá a examinar la cavidad bucal propiamente dicha por secciones: En primera instancia se examinará los carrillos superior e inferior, buscando la presencia de alguna lesión o manifestación oral. Después se procederá a realizar la inspección de la zona edéntula, es decir el reborde residual y de la misma manera se evaluará la presencia o no de alguna lesión en esta zona. Posteriormente se procederá a inspeccionar en casos de paciente portador de prótesis parcial removible las zonas de apoyos, conectores menores y mayores buscando de igual manera la

presencia de alguna lesión. Luego de esto, se evaluara la zona del paladar y piso de la boca evaluando igualmente la presencia o no de lesiones en dichas zonas. Finalmente con la ayuda de espejos intraorales se procederá a tomar fotografías de las lesiones en caso de haberlas encontrado y registrar los datos recogidos en cada paciente para posteriormente relacionarlos.

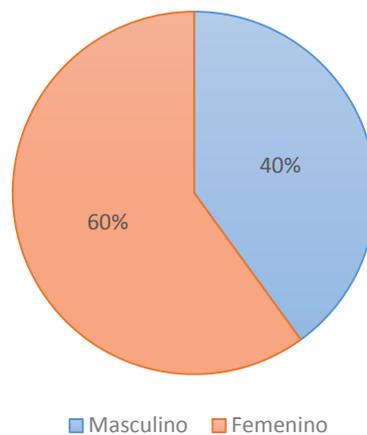
## 5. Resultados

Tabla 1.

*Descripción Demográfica*

	n (%)
Hombres	20 (40)
Mujeres	30 (60)
Número total de evaluados	50 (100)
	Años
Promedio de edad en hombres	65,7
Promedio de edad en mujeres	64,13
Promedio de edad general	64,76
Desviación estándar	12,11

Se realizó un estudio de 50 pacientes de los cuales, el 40% (n=20) de la muestra fueron de género masculino, el 60% (n=30) restante fueron mujeres, con una edad promedio de 64,76  $\pm$  12,11 (Rango=31-90). El promedio de edad en hombres fue de 65,76 y en mujeres de 64,13.



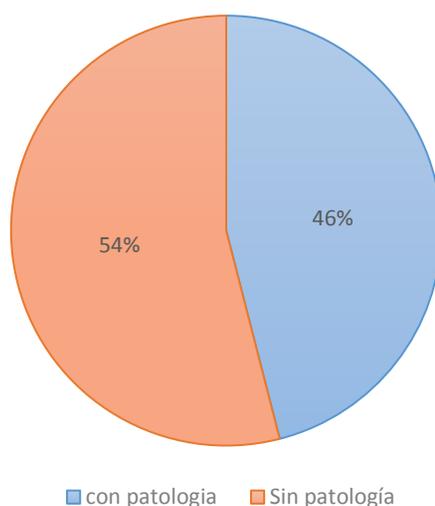
*Figura 1.* Porcentaje de hombres y mujeres de la muestra

Tabla 2

*Prevalencia de lesiones exofíticas de la mucosa oral por uso de prótesis*

Criterio de evaluación a pacientes	n (%)
Pacientes con patología	23 (46)
Pacientes sin patología	27 (54)

La prevalencia de lesiones exofíticas de la mucosa oral por uso de prótesis fue de 46%(n=23), por otro lado el 54% (n=27) no presentó ninguna patología.



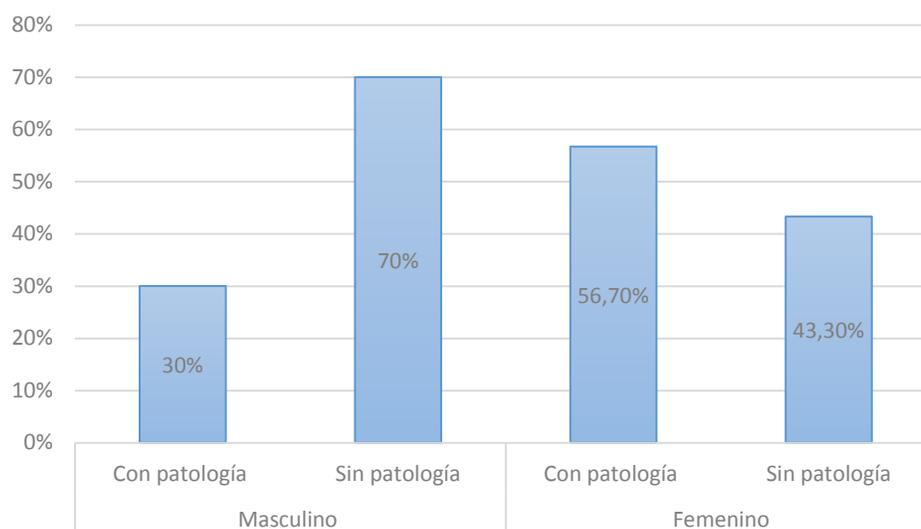
*Figura 2. Prevalencia de patologías por uso de prótesis removible.*

Tabla 3

*Prevalencia de patologías por género*

Género	Presencia de Patología n (%)	
	Con patología	Sin patología
Masculino	6 (30)	14 (70)
Femenino	11 (56,7)	19 (47,3)

De los 20 pacientes de género masculino, el 30% (n=6) presentó alguna patología, y el 70% (n=14) no. Por otro lado de las 30 pacientes mujeres, el 56,7% presentó (n=11) alguna patología y el 47,3% no (n=19).



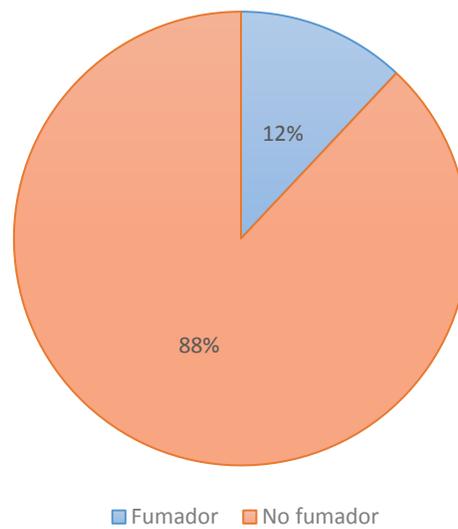
*Figura 3. Prevalencia de patologías por género.*

Tabla 4

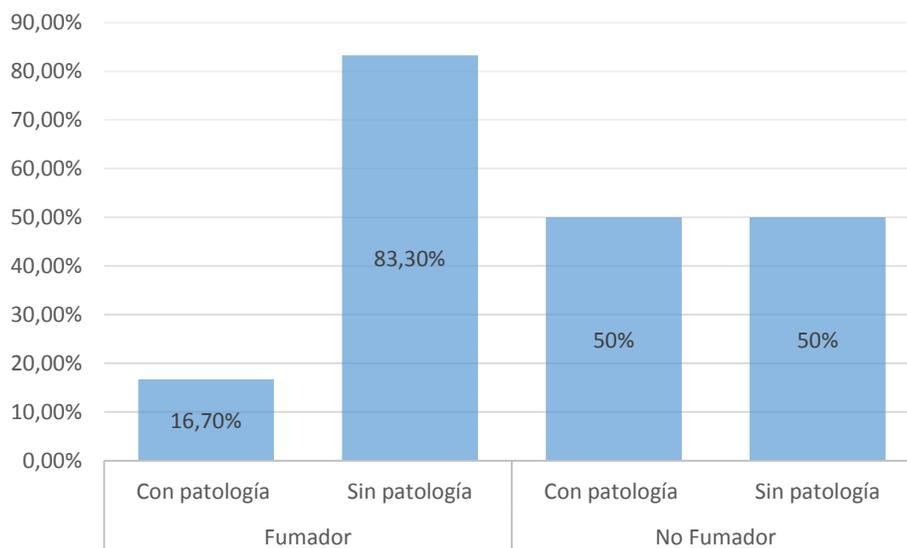
*Prevalencia de patologías en pacientes fumadores*

Criterio de evaluación a pacientes	Presencia de Patología n (%)		
	Con patología	Sin patología	Total (%)
Fumadores (n=6)	1 (16,7)	5 (83,3)	12
No Fumadores (n=44)	22 (50)	22 (50)	88

De la muestra total, el 12% (n=6) fueron fumadores, de los cuales el 16,7% (n=1) presentó patologías y el 83,3% (n=5) no. Por otra parte el 88% (n=44) de la muestra no son fumadores de los que, el 50% (n=22) tuvieron patologías, y 50% (n=22) no.



*Figura 4.* Porcentaje de pacientes fumadores de la muestra.



*Figura 5.* Prevalencia de patologías en fumadores

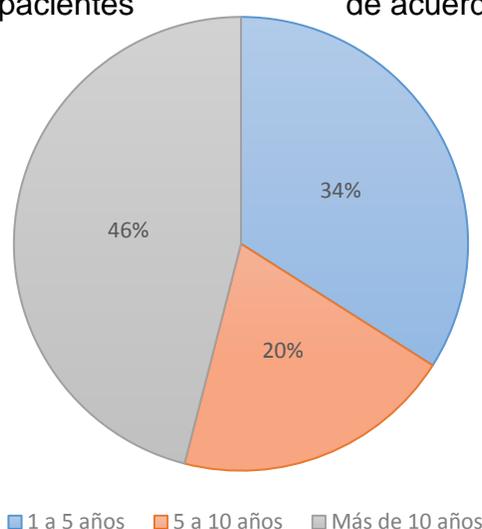
Tabla 5

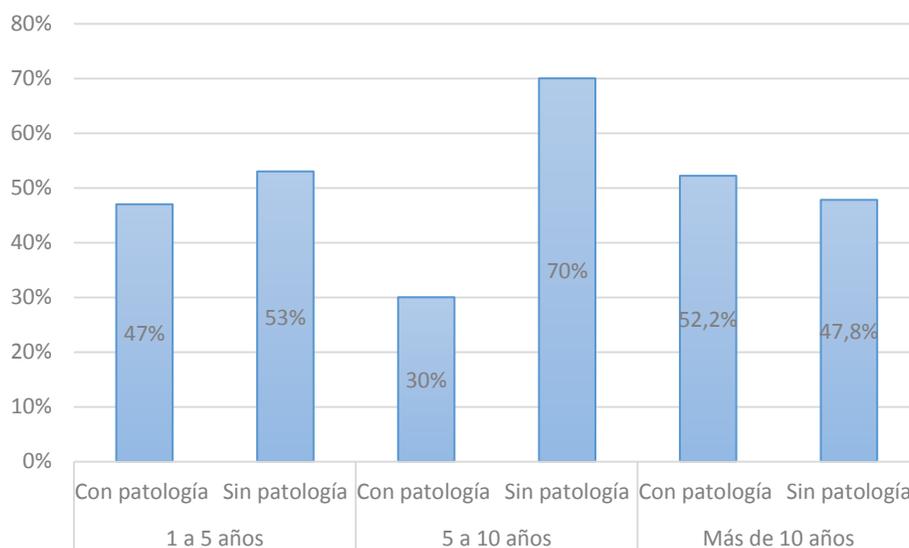
*Prevalencia de patologías por tiempo de uso de la prótesis*

Tiempo de uso de la prótesis (años)	Presencia de Patología n (%)		Total (%)
	Con patología	Sin patología	
1 a 5 (n=17)	8 (47)	9 (53)	34
5 a 10 (n=10)	3 (30)	7 (70)	20
Más de 10 (n=23)	12 (52,2)	11 (47,8)	46

Los pacientes que usaron la prótesis por un tiempo de 1 a 5 años representaron el 34% (n=17) de la muestra, de los cuales el 47% (n=8) presentó una patología, y el 53% (n=9) no. Los pacientes que usaron la misma prótesis de 5 a 10 años constituyeron el 20% (n=10) de la muestra, de los que el 30% (n=3) presentó alguna patología y el 70% (n=7) no. Por último, los pacientes que usaron la misma prótesis por más de 10 años representaron el 46% (n=23) de la muestra, donde el 52,2% (n=12) presentó alguna patología, y el 47,8% (n=11) no.

*Figura 6. Porcentaje de pacientes de acuerdo al tiempo de uso de la prótesis*





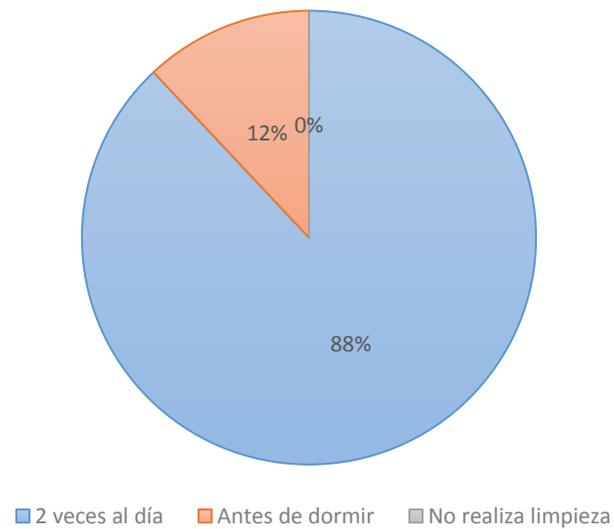
*Figura 7. Prevalencia de patologías de acuerdo al tiempo de uso de la prótesis.*

Tabla 6

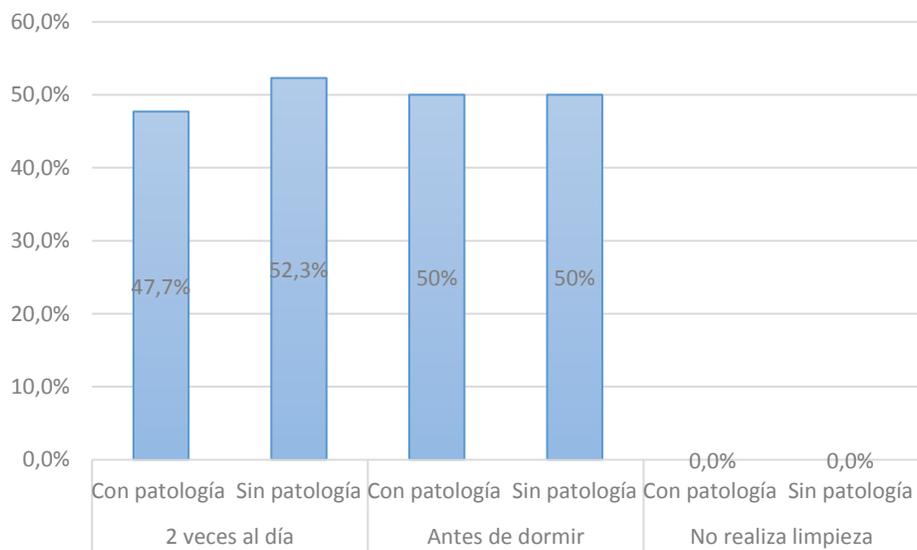
*Prevalencia de patologías por frecuencia de limpieza de la prótesis*

Frecuencia de limpieza de la prótesis	Presencia de Patología n (%)		Total (%)
	Con patología	Sin patología	
2 veces al día (n=44)	21 (47,7)	29 (52,3)	88
Antes de dormir (n=6)	3 (50)	3 (50)	12
No limpieza (n=0)	0 (0)	0 (0)	0

Los pacientes que realizan la limpieza de su prótesis 2 veces al día representaron el 88% (n=44) de la muestra, de los cuales el 47,7% (n=21) presentó una patología, y el 52,3% (n=29) no. Los pacientes que realizan la limpieza de su prótesis sólo antes de dormir constituyeron el 12% (n=6) de la muestra, de los que el 50% (n=3) mostraron alguna patología y el 50% (n=3) no. En definitiva, los casos de pacientes que no realizan limpieza de la prótesis fueron nulos.



*Figura 8.* Porcentaje de pacientes de acuerdo a la frecuencia de limpieza de la prótesis.



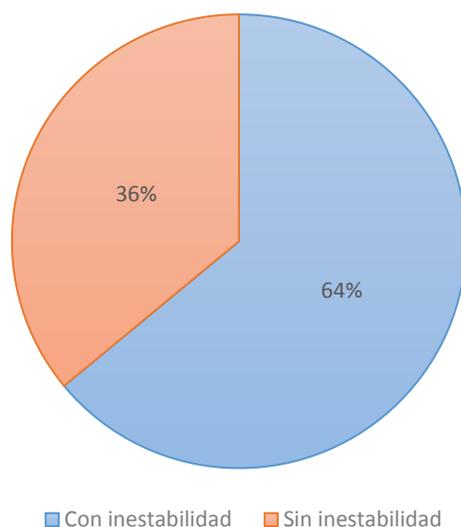
*Figura 9.* Prevalencia de patologías por frecuencia de limpieza de la prótesis.

Tabla 7

*Prevalencia de patologías por inestabilidad de la prótesis*

Inestabilidad de la prótesis	Presencia de Patología n (%)		Total (%)
	Con patología	Sin patología	
Con inestabilidad (n=32)	16 (50)	16 (50)	64
Sin inestabilidad (n=18)	7 (38,9)	11 (61,1)	36

Los pacientes que presentan inestabilidad en su prótesis representaron el 64% (n=32) de la muestra, de los cuales el 50% (n=16) presentó alguna patología y el 50% (n=16) no. Por otra parte, los pacientes que no presentan inestabilidad de la prótesis representaron el 36% (n=18) de la muestra, el 38% (n=7) presentó alguna patología y el 61,1% (n=11) no.



*Figura 10.* Porcentaje de pacientes de acuerdo a la inestabilidad de la prótesis.

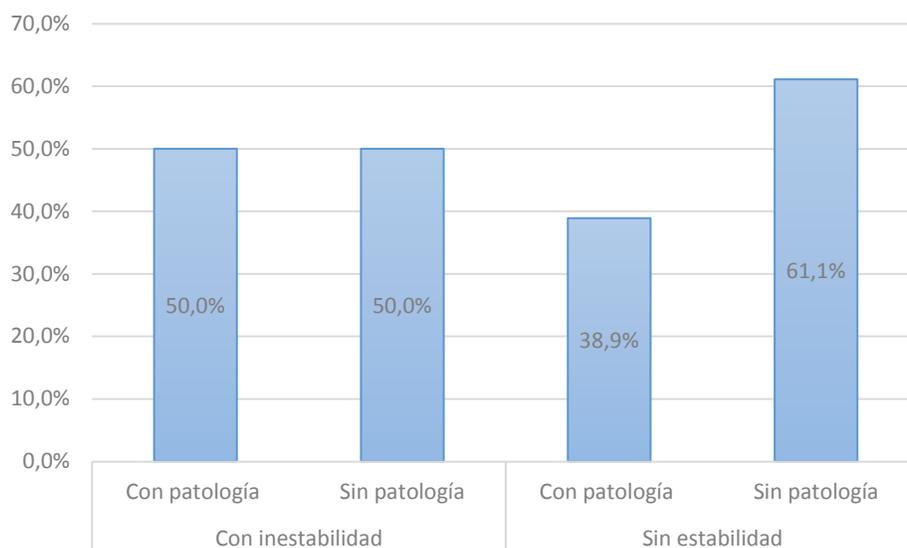


Figura 11. Prevalencia de patologías por inestabilidad de la prótesis.

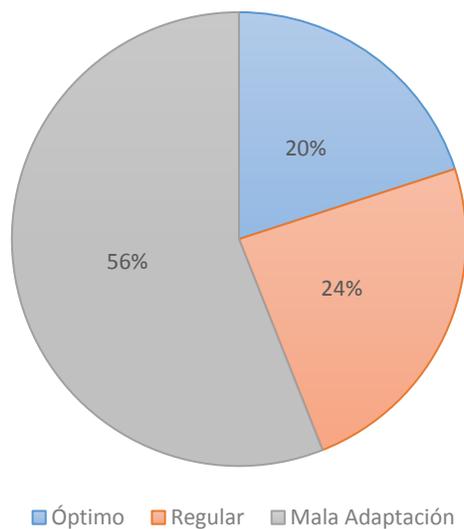
Tabla 8

*Prevalencia de patologías por adaptación de la prótesis*

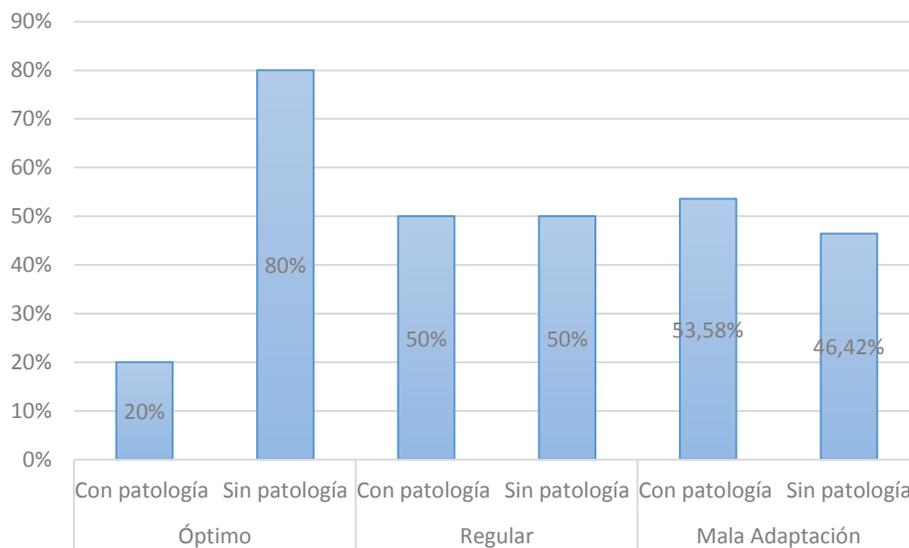
Grado de adaptación a la prótesis	Presencia de Patología n (%)		Total (%)
	Con patología	Sin patología	
Adaptación óptima (n=10)	2 (50)	8 (80)	20
Adaptación regular (n=12)	6 (50)	6 (50)	24
Mala adaptación (n=28)	15 (53,58)	13 (46,42)	56

Los pacientes que presentaron una adaptación óptima de la prótesis constituyeron el 20% de la muestra (n=10), de los cuales el 20% (n=2) presentó una patología, y el 80% no (n=8). En cuanto a la adaptación regular de la prótesis representó el 24% de la muestra (n=12), de los cuales el 50% (n=6) tuvieron alguna patología y

el 50% no (n=6). Finalmente los pacientes que mostraron mala adaptación de la prótesis fueron el 56% de la muestra, (n=28), de los cuales el 53,58% (n=15) presentó alguna patología y el 46.42% no (n=13).



*Figura 12.* Porcentaje de pacientes de acuerdo a la adaptación de la prótesis.



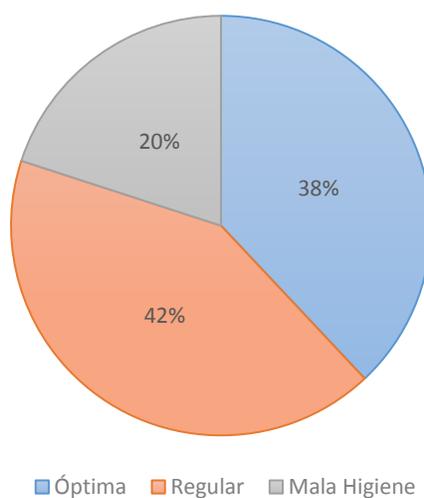
*Figura 13.* Prevalencia de patologías por la adaptación de la prótesis.

Tabla 9

*Prevalencia de patologías por higiene de la prótesis*

Higiene	Presencia de Patología n (%)		Total (%)
	Con patología	Sin patología	
Higiene óptima (n=16)	9 (57,2)	7 (47,3)	38
Higiene regular (n=21)	10 (47,6)	11 (52,4)	42
Mala higiene (n=10)	3 (30)	7 (70)	20

Los pacientes que presentaron una higiene óptima de la prótesis representaron el 38% (n=16) de la muestra, de los cuales el 57,2% (n=9) presentó una patología, y el 47,3% (n=7) no. Los pacientes que mostraron higiene regular de la prótesis fueron el 42% (n=21) de la muestra, de los que el 47,6% (n=10) presentó alguna patología y el 52,4% (n=11) restante no. Por último, los pacientes que presentaron mala higiene de la prótesis constituyeron el 20% (n=10) de la muestra, donde el 30% (n=3) presentó alguna patología, y el 70% (n=7) no.



*Figura 14. Porcentaje de pacientes acuerdo a la higiene de la prótesis.*

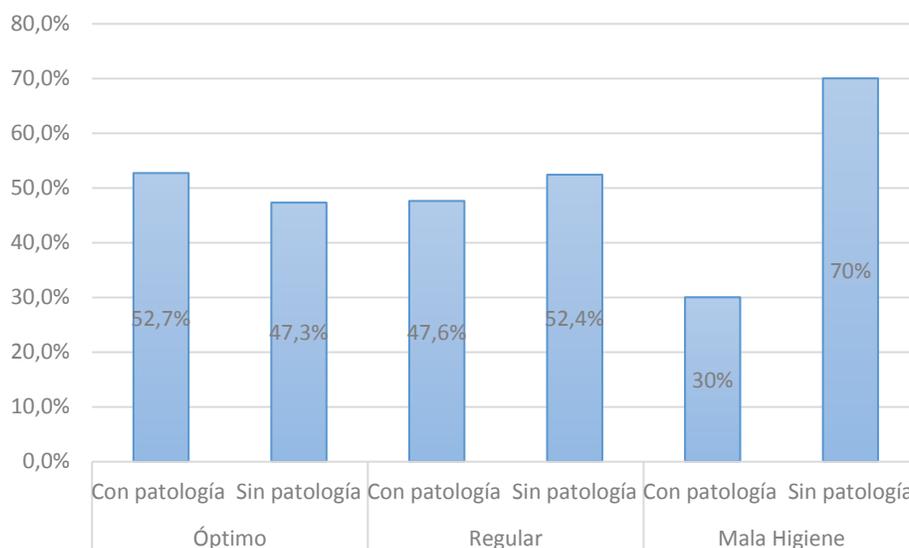


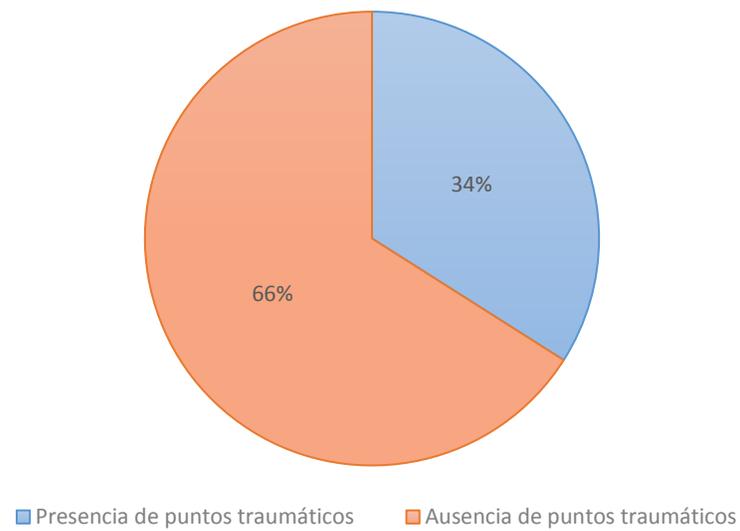
Figura 15. Prevalencia de patologías por la higiene de la prótesis.

Tabla 10

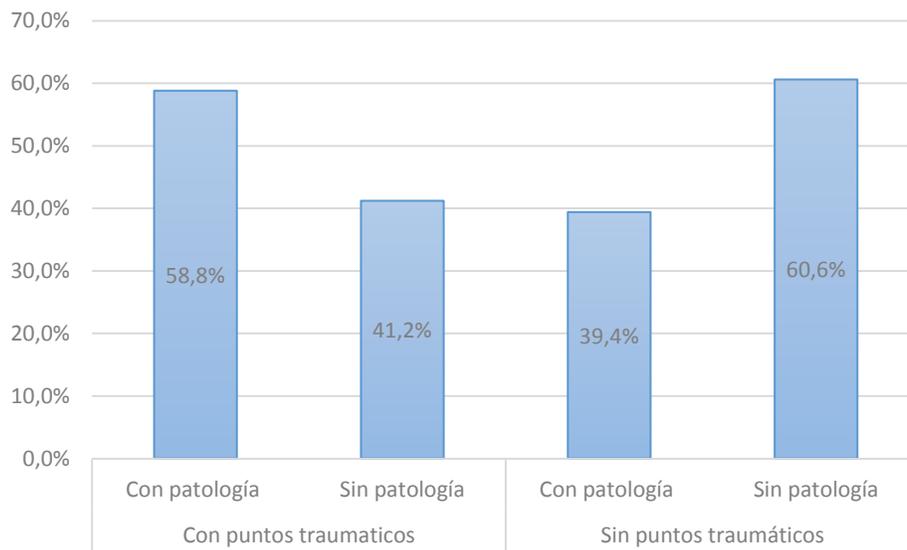
Prevalencia de patologías por presencia de puntos traumáticos.

Presencia de puntos traumáticos	Presencia de Patología n (%)		
	Con patología	Sin patología	Total (%)
Con puntos traumáticos (n=17)	10 (58,8)	7 (41,2)	34
Sin puntos traumáticos (n=33)	13 (39,4)	20 (60,6)	66

Los pacientes que presentan puntos traumáticos representaron el 34% (n=17) de la muestra, de los cuales el 58,8% (n=10) presentó alguna patología y el 41,2% (n=7) no. Por otra parte, los pacientes que no puntos traumáticos constituyeron el 66% (n=33) de la muestra, de los que el 39,4% (n=13) presentó alguna patología, y el 60,6% (n=20) no.



**Figura 16.** Porcentaje de pacientes con presencia de puntos traumáticos.



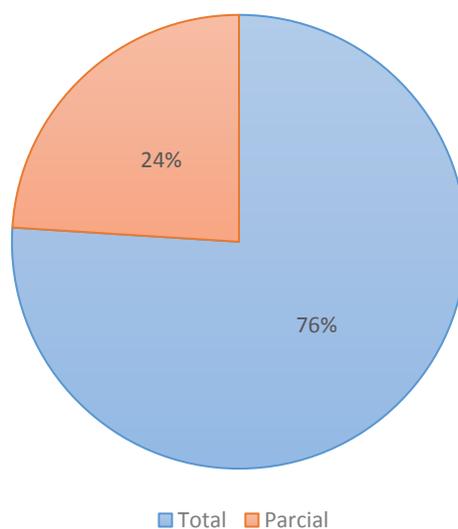
**Figura 17.** Prevalencia de patologías por presencia de puntos traumáticos.

Tabla 11

*Prevalencia de patologías por tipo de prótesis.*

Tipo de prótesis	Presencia de Patología n (%)		Total (%)
	Con patología	Sin patología	
Prótesis total (n=38)	18 (47,4)	20 (52,6)	76
Prótesis parcial (n=12)	5 (41,7)	7 (58,3)	24

Los pacientes portadores de prótesis total representaron el 76 (n=38) de la muestra, de los cuales el 47,4% (n=18) presentó alguna patología y el 52,6% (n=20) no. Por otra parte, los pacientes portadores de prótesis parcial constituyeron el 24% (n=12) de la muestra, de los que el 41,7% (n=5) presentó alguna patología y el 58,3% (n=7) no.



*Figura 18. Porcentaje de pacientes de acuerdo al tipo de prótesis.*

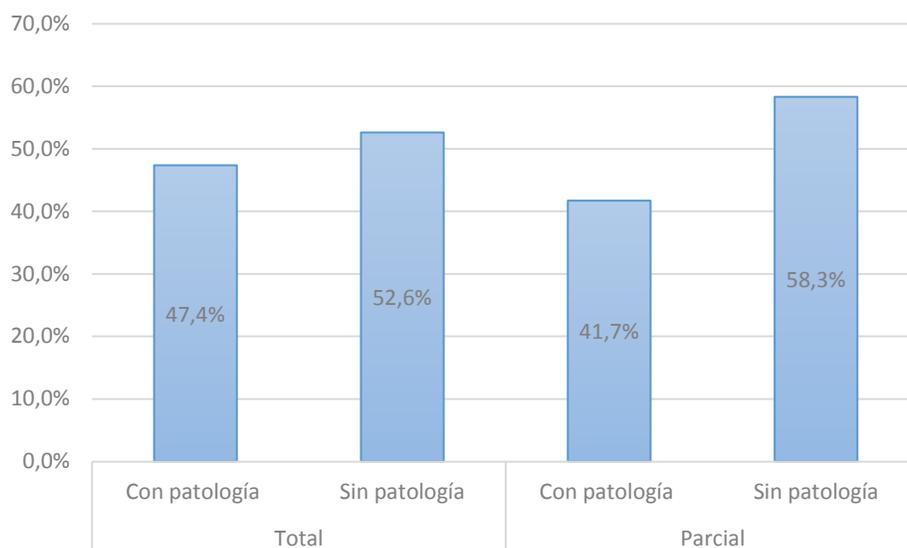


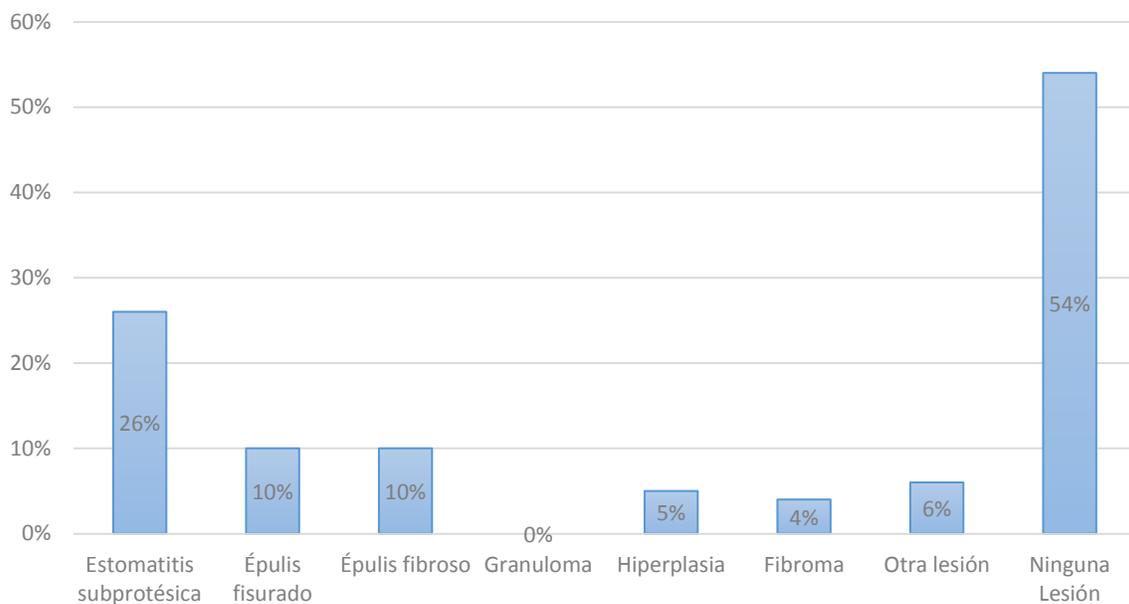
Figura 19. Prevalencia de patologías por el tipo de prótesis.

Tabla 12

*Prevalencia de patologías encontradas.*

Patología	Número de pacientes (%)
Estomatitis subprótesis	13 (26)
Épulis fisurado	5 (10)
Épulis fibroso	5 (10)
Granuloma	0 (0)
Hiperplasia	5 (10)
Fibroma	2 (4)
Otra lesión	3 (6)
Ninguna lesión	27 (54)

Los pacientes portadores de prótesis que presentaron estomatitis subprotésica representaron el 26% (n=13) de la muestra con épulis fisurado el 10% (n=5) de la muestra, con épulis fibroso el 10% (n=5), con granuloma 0% (n=0), con hiperplasia el 10% (n=5), con fibroma el 4% (n=2), con otra lesión el 6% (n=3) y finalmente con ninguna lesión el 54% (n=27). La razón por la que la suma de los porcentajes resulta más de 100% es porque algunos de los pacientes presentaron más de una patología.



*Figura 20.* Prevalencia de patologías encontradas.

## 6. Discusión

La prótesis dental removible es una de las alternativas más económicas y demandadas al momento de reemplazar la pérdida prematura de piezas dentales definitivas. Sin embargo, a causa de varios factores que se han venido revisando en éste estudio, dicha aparatología puede ser el desencadenante de lesiones bucales asintomáticas o por otra parte pueden significar una seria molestia para el paciente. Éste es uno de los causales donde se argumenta la importancia del estudio en lo que a etiología, prevención y tratamiento se refiere, por tanto si no tienen un correcto seguimiento y no se les da la importancia que ameritan, pueden ser un serio problema al momento de rehabilitar al paciente o incluso pueden evolucionar a lesiones malignas.

Las patologías por uso de prótesis en general ha sido un tema de puntual relevancia, su amplio estudio sugiere una prevalencia significativa en diversas investigaciones. Es así como en el estudio realizado por Mubarak y colaboradores en el 2015 en la Universidad de Dammam, Arabia Saudita, en el cual se evaluó un total de 210 pacientes portadores de prótesis y cuya prevalencia de lesiones bucales fue del 20,5%; dato que difiere del encontrado en el presente estudio que al evaluar a 50 pacientes portadores de prótesis; se encontró una prevalencia del 46% de pacientes con patologías. Ésta discrepancia puede ser el resultado de que Mubarak evaluó sólo portadores de prótesis total, y en la presente tesis se evaluó además pacientes portadores de prótesis removibles parciales (Mubarak et al, 2015, p.506).

En cuanto al género de los pacientes y su prevalencia, se ha encontrado en estudios semejantes como el realizado por Shahrzad Taheri y colaboradores en el 2015, que evaluó a 384 pacientes que fueron atendidos en clínicas públicas y privadas de la ciudad de Kerman, Irán, que mostró una mayor presencia de patologías en los pacientes de género masculino con un 41,7%, no obstante a éste resultado, en el presente estudio se encontró una prevalencia mayor en los

pacientes de género femenino con un valor de 56%. Ésta diferencia de valores se debe al tamaño de la muestra, el examen clínico y los tipos de prótesis removible que se evaluaron en el presente estudio (Taheri et al, 2016, p. 81).

Por otra parte, al tomar en cuenta la prevalencia en pacientes fumadores, estudios como el realizado por Lanfranchi Tizeira en el 2004 en la Universidad de Buenos Aires demuestra una mayor prevalencia de lesiones bucales en pacientes fumadores con un valor de 90%. Se debe tomar en cuenta que dicho estudio tuvo como muestra a 238 pacientes. La presente investigación, por el contrario tuvo como resultado el 16,7% de prevalencia de lesiones en pacientes fumadores. Ésta diferencia se debe a la reducida muestra utilizada en el presente estudio, de la que sólo 6 pacientes reportaron tener el hábito de fumar (Tizeira, 2004, p.22).

En cuanto al tiempo de uso de la misma prótesis, Taheri en su estudio, demostró que los pacientes que usaban la misma prótesis por más de 10 años mostraron mayor prevalencia que los que la usaron por menor tiempo con un valor del 73.5%, éste dato concuerda con los resultados obtenidos en este estudio donde se demostró que la mayor prevalencia de lesiones bucales se dio en pacientes que usan la misma prótesis por un tiempo mayor a 10 años, con una prevalencia del 52,2%. La correlación obtenida en los estudios expuestos indica que el uso prolongado de una misma prótesis es un factor de riesgo de vital importancia que efectivamente puede desencadenar la manifestación de lesiones bucales (Taheri et al, 2016, p. 81).

De la misma manera, en el estudio de Taheri, tomando en cuenta otro factor de riesgo para la aparición de lesiones bucales por el uso de prótesis, se evaluó la frecuencia de limpieza de la prótesis, en donde se determinó que existe una mayor prevalencia de patologías en pacientes que realizaban el aseo de la misma sólo una vez en el día con un valor del 45,7% de lesiones. Este dato es similar al de la presente tesis, pues se encontró un valor del 50% de lesiones en éstos pacientes con dicho hábito, demostrando que una higiene inadecuada, es una importante

causa para la aparición de lesiones bucales, y este riesgo aumenta cuando el paciente porta una prótesis dental, puesto que la misma retiene restos alimenticios que posteriormente servirán de sustrato a microorganismos causantes de diversas lesiones y enfermedades bucales (Taheri et al, 2016, p. 81).

De la misma manera, en este estudio se comprobó el uso de una prótesis inestable es un factor determinante que puede provocar la aparición de lesiones bucales. Pues, el 50% de pacientes que usan prótesis dental desadaptada, presentaron alguna patología. De esta forma, en el estudio realizado por María Rodríguez y colaboradores en un Centro de Salud Rural de la comunidad de Kantunil, Yucatán en el 2012 el cual evaluó a 62 pacientes portadores de prótesis manifestó en una de sus conclusiones que un tipo de lesiones crónicas de la mucosa oral pueden aparecer en prótesis removibles desadaptadas e inestables por consecuencia del trauma que ejercen las mismas en la mucosa oral (Rodríguez, et al, 2014, p.222).

Es de ésta forma como la inestabilidad de una prótesis removible causa trauma en la mucosa oral, siendo éste otra de las causas por las que pueden aparecer patologías bucales. Pues, en el estudio de Taheri y colaboradores indicó una prevalencia del 27% de patologías de origen traumático. Éste dato difiere del encontrado en la presente tesis, que mostró una prevalencia del 50% de patologías en pacientes con puntos traumáticos. Al ser dos porcentajes relativamente altos para tratarse de una prevalencia de patologías, se demuestra que el trauma que provoca la prótesis en la mucosa oral es un factor de importancia que efectivamente puede provocar la manifestación de lesiones exofíticas o de otra naturaleza en la boca (Taheri et al, 2016, p. 82).

Otro aspecto que se tomó en cuenta en este estudio es el tipo de prótesis que usaron los pacientes, separando a aquellos que usan prótesis total removible de los que usan una parcial removible. La prevalencia más alta fue en la prótesis total, ya que el 47% de dichos pacientes presentaron algún tipo de patología, dato

muy cercano al del estudio de Taheri y colaboradores, que mostró una prevalencia del 41,7% de patologías en pacientes portadores de prótesis total, y 31,1% en los portadores de prótesis parcial, siendo al igual que en el presente estudio, mayor la presencia de lesiones en los pacientes que usan una prótesis total. Ésta similitud comprueba que la prótesis total al ser más invasiva y cubrir totalmente la mucosa del paladar y rebordes alveolares superiores e inferiores, provoca con mayor frecuencia lesiones en la mucosa oral, a diferencia de las prótesis parciales que cubren solamente ciertas porciones de la mucosa dependiendo de su diseño y cantidad de dientes ausentes (Taheri et al, 2016, p. 82).

La estomatitis subprotésica fue la patología con mayor prevalencia en este estudio, encontrada en el 26% de los casos, datos similares a éste se encontraron en el estudio de Rodríguez y colaboradores con un 20%, así como también en el estudio de Shah y colaboradores con un 30% (Shah et al. 2011, p.170). La segunda lesión exofítica más común fue el épulis fisurado con una prevalencia del 10% de los casos, dato que de igual manera cercano al encontrado en el estudio de Shah y colaboradores que reportó un 7% de dicha patología. Por otra parte, en esta tesis, los pacientes que no presentaron ninguna lesión fueron el 54% de los casos, dato que difiere del encontrado en el estudio de Rodríguez y colaboradores que fue de 27%, esta diferencia de valores se debe a que en el presente estudio sólo se evaluó lesiones exofíticas de la mucosa mientras que Rodríguez evaluó todo tipo de lesiones (Rodríguez, et al, 2014, p.222).

## 7. Conclusiones

- Se determinó que la prevalencia de lesiones exofíticas de la mucosa oral por el uso de prótesis parcial o total removible en pacientes que acuden al Centro de Atención Odontológica UDLA en el periodo Marzo-Abril 2017 es del 46%.
- Las patologías más comunes de la mucosa oral por el uso de prótesis removible en la población evaluada fueron: la estomatitis subprotésica que se presentó en el 26% de los casos, épulis fisurado y épulis fibroso en el 10%.
- Se estableció que las principales causas por las que se manifiestan lesiones en pacientes portadores de prótesis parcial y total removible son: el tiempo prolongado de uso de las mismas, mala higiene y la presencia de puntos traumáticos.
- Se consideró que factores de riesgo como: el tabaquismo, malos hábitos de higiene, plan de tratamiento inadecuado, y la falta de consideraciones quirúrgicas antes de una rehabilitación con prótesis removible, aumentan el riesgo de que se presenten lesiones de la mucosa oral.

## **8. Recomendaciones**

Es importante que para futuros estudios sobre el tema, se profundice y evalúe una mayor variedad y tipos de patologías por uso de prótesis removible, puesto que las lesiones exofíticas comprenden sólo algunas de las innumerables formas en que éstas se pueden presentar en la mucosa oral, así como también se debe valorar otros factores como el hábito de portar la prótesis dental durante el descanso, ya que en otros estudios relacionados al tema, se ha demostrado que ésta práctica también representa un riesgo para la manifestación de patologías en la mucosa oral (Taheri et al, 2016, p. 81).

Por otro lado, se debe establecer un correcto plan de tratamiento a los pacientes, parcial o totalmente edéntulos, pues pese a que en ciertos casos la prótesis es la mejor opción de tratamiento, no se debe dejar de lado el hecho de que sigue siendo un objeto extraño que causa trauma en la mucosa del paciente.

Finalmente, se recomienda que en pacientes con patología previa, se tomen acciones quirúrgicas para eliminar y estudiar dicha lesión, con el fin de descartar cualquier presencia de malignidad y de ésta manera, obtener un terreno protésico apto para una rehabilitación protésica posterior.

## REFERENCIAS

- Aguado, A., Bascones, A., Blanco, A., Bullón, P., Cancela, P., Carero, R., Chismenos, E., et al. (2010). *La bipoesia oral. Consejo de dentistas de España*, 13-137.
- Alawi, F. (2014). An Update on Granulomatous Diseases of the Oral Tissues. *NCBI*. 57(4), 657-671 doi: 10.1016/j.cden.2013.07.004
- Barragán, C., López, J. (2009). Lesiones tumorales y pseudotumorales benignas de la cavidad oral. *Revista Gaceta Dental*. 5(3) 25-28.
- Borras, M., Delgado, E., Berini, L., Gay, C. (2005). Removal of hyperplastic lesions of the oral cavity. A restrospective study of 128 cases. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal, Edición impresa*. 10(2) 151-162.
- Cawson, R., Odell, E. (2012). *Fundamentos de medicina y patología oral*. (8va ed.) Madrid, España: Elsevier, 314-320.
- Cesian, A., Trejo, P., De León, C., Carmona, D. (2011). Hiperplasia fibrosa inflamatoria: Reporte de un caso. *Revista Clínica de Periodoncia Implantología y rehabilitación Oral*. 4(2), 74-79.
- Cháirlez, P., Vega, M., Zambrano, G., García, A., Maya, I., Cuevas, J. (2015). Presencia del Papiloma Virus Humano en la Cavidad Oral: Revisión y Actualización de la Literatura. *Int. J. Odontostomat*. 9(2) 233-238.
- Chimemos, E. (2010). Antisépticos en medicina buccal: La clorhexidina. *Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona, España*. 59(1458) 35-38.
- Chimemos, E., Barragán, C., López, J. (2009). Lesiones tumorales y pseudotumorales benignas de la cavidad oral. *Revista Gaceta Dental*. 1(2) s.p.

- Dabholkar, J., Vora, K., Sikdar, A. (2008). Giant fibrous épulis. *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 8(10) 69-71.
- Esquivel, R., Jiménez, J. (2012). The effects of the use of dental prostheses on perceptions of oral health. *Revista ADM.* 69(2) 69-75.
- Florez, J., Straususs, M. (2010). Papilomas orales: Un análisis clínico en pacientes que acuden a la clínica odontológica Univalle - La Paz. *Universidad del Valle, Revista de Investigación e información en salud.* 1(2), 14-23.
- Garcia, B., Capote, M., Morales, T. (2012). Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. *Finlay.* 2(1), 32-44.
- González, M., Fernández, V., Ortiz, E., Du, J. (2014). Lesiones estomatológicas del VPH genotipo 16 en la pre-adolescencia. *Facultad de Odontología UNCuyo.* 8(1) 24-28.
- Koyoma, S., Sasaki, K., Yokoyama, M., Sasaki, T., Hanawa, S. (2010). Evaluation of factors affecting the continuing use and patient satisfaction with removable partial dentures over 5 years. *Journal of Prosthodontic Research.* 54(2), 97-101.
- Llanquichoque, H. (2012). Técnica de confección de prótesis totales. *Revista de actualización clínica.* 24(1), 1148-1152.
- Local, A., Beriau, Y., Delgado, N., Vásquez, A. (2009). Stomatitis sub-prosthesis in patients with superior dental prosthesis. *Revista electronica MediSur.* 7(1) 22-26.
- Marchena, L., Luna, M., Cruz, D., Fernández, C. (2014). Lesiones tumorales y pseudotumorales en la cavidad oral. *Revista europea de odontoestomatología.* 10(12) 32-35.

- Monteiro, L., Mouzinho, J., Azevedo, A., Camara, M., Martins, M., La Fuente, J. (2012). Treatment of épulis fissuratum with carbón dioxide laser in a patient with antithrombotic medication. *Braz Dent.* 23(1), 77-81.
- Mubarak, S., Hmud, A., Chandrasekharan, S., A Ali, A. (2015). Prevalence of denture-related oral lesions among patients attending Collage of Dentistry, University of Dammam: A clinic-pathological study. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry.* 5(6), 506-512 doi: 10.4103/2231-0762.170525.
- Navarro, J., Rodríguez, T., Corona, M., Áreas, Z., Limonta, L. (2016). Mantenimiento, manejo y cuidado de las prótesis dentales en pacientes atendidos en una consulta de estomatología general integral. *MEDISAN.* 20(10) 2217-2223.
- Pandey, R., Gupta, R., Bhagat, N., Verma, A. (2016). Pyogenic granuloma as a posterior maxillary swelling in edentulous region: A case report. *International Journal of Contemporary Medical Research.* 3(6), 1816- 1817.
- Peracini, A., Andrade, I., Paranhos, H., Silva, C., Souza, R. (2010). Behaviors and hygiene habits of complete denture wearers. *Braz Dent J.* 21(3), 247-252.
- Rodríguez, M., Portillo, A., Lama, E., Hernández, S. (2014). Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. *Revista ADM.* 71(5). 221-225.
- Ruiz, H., Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas.* 28(3), 73-82.
- Sasankoti, R., Verma, S., Singh, U., Agarwual, N. (2013). Epulis fissuratum: consequence of ill-fitting prosthesis. *BMJ Case Rports.* doi: 10.1136/bcr-2013-200054.

- Shah, A., Ahmad, T. (2011). Oral mucosal lesions in complete denture wearers. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*. 21(3), 170-173.
- Sosa, L., Ramírez, D., Palacios, M., Arteaga, S., Dávila, L. (2010). Granuloma piógeno. Reporte de un caso. *Acta Odontológica Venezolana*. 48(4), 1-12.
- Taheri, S., Torabi-Parizi, M., Karimi-Afshar, M., Haghani, J., Taheri, A. (2016). Denture-related oral mucosal lesions among removable denture wearers referred to clinics of Kerman, Irán. *Oral Health Oral Epidemiol*. 5(2) 78-83.
- Tizeira, L. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Revista de la facultad de Odontología UBA*. 19(47) 21-30.
- Yin Wu, K., Laronde, D. (2014). Oral cáncer and biopsy protocol: A primer for the dental hygienist. *The official journal of the Canadian dental hygienists association*. 48(1) 34-39.
- Zustin, J., Scheuer, H., Knecht, R., Friedrich, R. (2013). Enhanced podoplanin expression in chronic maxillary sinusitis. *International journal of experimental and clinical pathophysiology and drug research*. 27(2) 551-554.
- Zwiri, A. (2016). The prevalence and associated factors of denture wearing associated oral lesions among dental patients attending College of Dentistry Clinics in Aljouf University. *European Scientific Journal*. 12(9), 326-332 doi: 10.19044/esj.2016.v12n9p326.

## **ANEXOS**



Iniciales del nombre del

## **2) Evaluación de la prótesis**

- Previo consentimiento del paciente se procederá a realizar una evaluación de su prótesis en el que se analizará el estado de la misma, aseo o presencia de zonas en mal estado.

## **3) Evaluación de la cavidad bucal del paciente**

- Previo consentimiento del paciente se procederá a realizar una inspección de la cavidad bucal del paciente en toda su extensión con el fin de señalar la presencia o ausencia de patologías por el uso de la prótesis.
- En caso de que el paciente presente alguna patología por el uso de la prótesis se tomará fotografías de la misma con la ayuda de espejos.

## **RIESGOS**

Usted debe entender que los riesgos que corre con su participación en este curso, son nulos. Usted debe entender que todos los procedimientos serán realizados por profesionales calificados y con experiencia, utilizando procedimientos universales de seguridad, aceptados para la práctica clínica odontológica.

## **BENEFICIOS Y COMPENSACIONES**

Usted debe saber que su participación como paciente voluntario en la investigación, no le proporcionará ningún beneficio inmediato ni directo, no recibirá ninguna compensación monetaria por su participación. Sin embargo, tampoco incurrirá en ningún gasto.

## **CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN**

Usted debe entender que todos sus datos generales y médicos, serán resguardados por la Facultad de Odontología de la UDLA, en dónde se mantendrán en estricta confidencialidad y nunca serán compartidos con terceros. Su información, se utilizará únicamente para realizar evaluaciones, usted no será jamás identificado por nombre. Los datos no serán utilizados para ningún otro propósito.

## **RENUNCIA**

Usted debe saber que su participación en el curso es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar si así lo desea, sin que ello represente perjuicio alguno para su atención odontológica presente o futura en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. También debe saber que los responsables del curso tienen la libertad de excluirlo como paciente voluntario del curso si es que lo consideran necesario.

## **DERECHOS**

Usted tiene el derecho de hacer preguntas y de que sus preguntas le sean contestadas a su plena satisfacción. Puede hacer sus preguntas en este momento antes de firmar el presente documento o en cualquier momento en el futuro. Si desea mayores informes sobre su participación en el curso, puede contactar a cualquiera de los responsables, escribiendo a las direcciones de correo electrónico o llamando a los números telefónicos que se encuentran en la primera página de este documento.

## ACUERDO

Al firmar en los espacios provistos a continuación, y poner sus iniciales en la parte inferior de las páginas anteriores, usted constata que ha leído y entendido la información proporcionada en este documento y que está de acuerdo en participar como paciente voluntario en el curso. Al terminar su participación, recibirá una copia firmada de este documento.

---

Nombre del Paciente

---

Firma del Paciente

---

Fecha

---

Nombre del Clínico Responsable

---

Firma del Clínico Responsable

---

Fecha

## Anexo N°2: Encuesta



### UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

#### ENCUESTA

#### PATOLOGÍAS POR USO DE PRÓTESIS

#### Datos del paciente:

Nombre del paciente:

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono:

\_\_\_\_\_

Número de Cédula: \_\_\_\_\_

Género:

Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_

Fumador: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES:

Lea con atención cada pregunta y responda según usted crea conveniente, escoja una sola respuesta por pregunta encerrándola en un círculo, o escriba la respuesta en las que así se lo pidan. Las respuestas deben ser dadas con toda sinceridad ya que las mismas servirán para la realización del presente estudio.

#### Encuesta para el paciente:

1.- ¿Por cuánto tiempo ha usado su prótesis actual?

a. 1 a 5 años

b. 5 a 10 años

c. Más de 10 años.

2.- ¿Con qué frecuencia realiza la limpieza de su prótesis?

a. Dos veces al día

c. Sólo antes de dormir

d. No realiza limpieza de su prótesis

3.- ¿Siente que la prótesis se mueve al momento de comer o hablar?

a. SI

b. NO

### **Encuesta del operador:**

Ésta parte de la encuesta será llenada por el estudiante que realiza esta investigación.

Estado de la prótesis:

Adaptación	Óptimo		Regular		Mala adaptación	
------------	--------	--	---------	--	-----------------	--

Higiene	Óptima		Regular		Mala higiene	
---------	--------	--	---------	--	--------------	--

Puntos traumáticos	Si		No	
--------------------	----	--	----	--

Examen Intraoral:

Presencia de alguna lesión exofítica:

Estomatitis subprotésica	
Épulis fisurado	
Épulis fibroso	
Granuloma	
Hiperplasia	
Fibroma	
Otra lesión	
Ninguna lesión	

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

C.I. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del clínico responsable

C.I.

### Anexo N°3: Fotografías de patologías encontradas



*Figura 21. Paciente con Épulis Fisurado*



*Figura 22. Paciente con Estomatitis Subprotésica*



*Figura 23. Paciente con Épulis Fibroso.*



*Figura 24. Paciente con Hiperplasia en cirugía de biopsia escisional.*

## Anexo N°4: Cronograma

Actividad	Mes				
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Inscripción del tema (inicio de TIT)	X				
Planificación (revisión de texto con tutor)	X				
Prueba piloto	X				
Recolección de la muestra	X	X			
Análisis de resultados		X			
Redacción de discusión		X	X		
Redacción del texto final			X		
Presentación de borrador a profesor corrector				X	
Entrega final de trabajo de titulación					X

