



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DPTO. DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN V.

ESTOMATITIS CAUSADA POR LA ACCIÓN
IRRITATIVA
DE LA PRÓTESIS TOTAL.

AUTOR:

Muñoz S. Marenys D.

Valencia, Diciembre del 2001.

DEDICATORIA.

Principalmente a Dios, a mis padres y hermano por su apoyo, amor, y sabios consejos a lo largo de mi vida.

A mis abuelos por brindarme su cariño y apoyo, aun en los momentos que no he podido estar con ellos.

A mis primos Notlim y Joskanis, aunque no estén físicamente, siempre estarán en mi corazón.

A toda mi familia por haberme acompañado y ayudado a lo largo de mis estudios.

A mi novio por brindarme su incondicional paciencia, amor, y sobre todo por formar parte de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por su constancia, optimismo, perseverancia y amor, gracias por permitirme alcanzar uno de mis sueños más anhelados. Gracias por ser como siempre han sido, los mejores padres del mundo.

Al Dr. Gabriel Berrios por su valiosa ayuda desinteresada.

A la Lic. Labrador por su gran enseñanza en la parte de orientación y metodología.

A mis tías Luisa de Petit y María de Gallerani por colaborarme siempre que las necesite.

A mi hermano, a Federico Diamante, y a todas aquellas personas que de una forma u otra hicieron posible la realización de este informe de investigación.

En especial, a ti, coso, gracias por ser como eres, por todo tu apoyo, y comprensión, porque siempre que te he necesitado has estado y por llegar a mi vida y quedarte. TE AMO.

INDICE.

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Indice.....	iii
Resumen.....	v
Introducción.....	01
Planteamiento del problema.....	02
Objetivos.....	05
Justificación.....	06
CAPITULO I.	
Causas, manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial.....	08
CAPITULO II.	
Factores implicados en las estomatitis.....	20
Factores Externos.....	20
Factores Internos.....	21
Factores Psicológicos.....	22
CAPITULO III.	
Tratamiento, prevenciones y pronóstico para alteraciones bucales.....	24
CAPITULO IV	
Analizar las investigaciones nacionales e internacionales relacionadas con las estomatitis causadas por la acción irritativa de la prótesis total ...	29

CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	37
ANEXOS.....	39

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO.
FACULTAD DE ODONTOLOGIA.
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE.
INFORME DE INVESTIGACIÓN V.**

ESTOMATITIS CAUSADA POR LA ACCIÓN IRRITATIVA DE LA PRÓTESIS TOTAL.

**AUTOR: Marenys D. Muñoz S.
AÑO: 2001.**

RESUMEN.

El propósito fundamental de la presente investigación es el de analizar los tipos de estomatitis causada por la acción irritativa de la prótesis total, describir causas y efectos. La misma se realizó a través de una revisión bibliográfica a nivel de diversas Universidades Nacionales, mediante un acopio de información de fuentes primarias y secundarias. Esta se realizó en un marco de tipo documental ubicada en el área prioritaria de Prostodoncia y Oclusión, Patología Bucal, utilizando un instrumento diseñado para tal fin. La finalidad es proporcionar mayor conocimiento que ayude a determinar las causas, manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial; señalar los factores implicados en las estomatitis; establecer el tratamiento, prevenciones y pronósticos para las alteraciones bucales producidas por la acción irritativa de la prótesis total, también establecer una comparación de esta investigación entre Venezuela y otro país. En conclusión se puede señalar la importancia de conocer el comportamiento de la mucosa bucal sana, al instalarse una prótesis total, parcial, plástica o metálica, sabiendo que si en condiciones ideales, donde la prótesis esta bien diseñada, acabada, con fuerzas bien distribuidas, se puede producir cambios en la mucosa de soporte como respuesta adaptativa de la prótesis; ante una prótesis desajustada o mal adaptada, estos cambios no solo van a ser evidenciables a nivel microscópico si no también macroscópico a sabiendas que el factor traumático presente, va a dar origen a lesiones con una clínica muy diversa en cuanto a la localización, aspecto y sintomatología.

INTRODUCCIÓN.

La instalación de una prótesis sólo tiene un sentido terapéutico razonable cuando lo que se pretende como resultado final es la correcta rehabilitación oral. La invalidez de la dentadura y la alterada situación fisiológica oral por ella condicionada representa el punto de partida, la situación inicial para el estomatólogo.

La rehabilitación protésica oral tiene el cometido de restaurar la función normal y eliminar, en lo posible, todas las disfunciones condicionadas por la invalidez de la dentadura y de prevenir una progresiva destrucción del sistema estomatognático.

La mucosa bucal está sujeta a diversas lesiones como resultado del uso de dentaduras artificiales. Estas se manifiestan como: úlcera traumática, inflamación generalizada, hiperplasia inflamatoria, hiperplasia papilar del paladar, e intolerancia o alergia a la base de la prótesis total. En muchos pacientes este problema debe atribuirse al uso prolongado de prótesis mal ajustadas.

En la presente investigación se dará a conocer los tipos más frecuentes de estomatitis, sus causas, manifestaciones, efectos, factores implicados y posibles tratamiento, comparándola con una realidad similar a nivel internacional, de manera de buscar las soluciones más acordes con la situación nacional en este respecto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la mucosa bucal se van a presentar por la acción irritativa de la prótesis total mal adaptada una serie de cambios, con signos y síntomas adversos en el área de soporte de la prótesis dental, dichos cambios se conocen como estomatitis.

La estomatitis son inflamaciones crónicas de la mucosa de soporte de la prótesis y puede ser local o generalizada. Esta lesión se refiere a una reacción que experimenta la mucosa del paladar ante la instalación de una prótesis mucosoportada, plástica, metálica, total o parcial, el presente informe se estudiara solamente las lesiones causadas por prótesis total.

Boucher (1994) dice; que alrededor del 30% de los usuarios de prótesis cuya mucosa es de apariencia clínica normal presenta trastornos histológicos de lesión grave. El grado de este daño también está relacionado con una duración del uso de la prótesis.

Casi todos los pacientes con estomatitis debida a prótesis desconocen su lesión, ya que ésta es con frecuencia asintomática. Algunos pacientes se quejan de una sensación de ardor y escozor, generalmente relacionada con las mucosas palatina y lingual. La Dra. Flora. M. Domínguez (1.999), realizó un estudio en Venezuela, sobre una población de 640 pacientes portadores de prótesis total; 83 de estos padecían de lesiones para-protésicas representando esta cifra 12,97% del total.

La inflamación es de intensidad variable; puede localizarse en áreas aisladas o afectar todo el asiento basal. Se presenta con mayor frecuencia en el arco maxilar que en el mandibular.

Las causas de las alteraciones de la mucosa provocada por las prótesis, pueden ser atribuidas independientemente según los casos a diversos factores, traumatismos o irritación mecánicas, infección por *Candida*, obturación de conductos glandulares, alergias, alteraciones circulatorias. Con menor frecuencia por agentes químicos que irritan localmente o alérgenos que hay en el material de la base de la prótesis. Algunos autores creen que el factor predominante es el traumatismo debido a prótesis mal ajustadas.

La incidencia de hiperplasia papilar, la cual es una irritación crónica que se presenta a nivel paladar, está relacionada con la presencia de cámaras de alivio en las dentaduras artificiales y con el posible efecto de dichas cámaras como resultado del asentamiento irregular de una prótesis maxilar.

Se cree que la irritación crónica es provocada por un vacío intermitente creado bajo la prótesis originando la reacción inflamatoria papilar. Es característica la aparición de proyecciones papilares que cubren áreas variables del paladar duro. Con frecuencia estas lesiones están disimuladas por una película gruesa de moco y saliva, y por tanto se deberá secar cuidadosamente la mucosa palatina antes de examinarla.

En cuanto al pronóstico de dichas lesiones, es bueno, una vez instaurado el tratamiento, éstas tienden a sanar rápidamente, sin embargo, hay que recordar, que la formación de úlceras y el trauma constante pudiera transformarse en lesiones malignas en muy raras ocasiones.

Para aumentar las posibilidades de éxito de las prótesis nuevas se deberá corregir otros trastornos bucales que puedan haberse desarrollado o estar presentes.

La rehabilitación protésica oral tiene el cometido de restaurar la función normal y eliminar, en lo posible, todas las disfunciones condicionadas por la invalidez de la dentadura y de prevenir una progresiva destrucción del sistema estomatognático. Por esto es importante que la persona conozca su problema, y establecer controles a nivel de los centros asistenciales.

El propósito que persigue la presente investigación es de analizar los tipos de estomatitis causadas por la acción irritativa de la prótesis total.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo General:

- **Analizar los tipos de Estomatitis más frecuentes causada por la acción irritativa de la prótesis total.**

Objetivos Específicos:

- Determinar las causas, manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial, que provocan las estomatitis causadas por la acción irritativa de la prótesis total.
- Señalar los factores implicados en la estomatitis causada por la acción irritativa de la prótesis total.
- Establecer los tratamientos, prevenciones y pronóstico para las alteraciones bucales producidas por la acción irritativa de la prótesis total.
- Analizar investigaciones Nacionales e Internacionales relacionadas con la Estomatitis causada por la acción irritativa de la prótesis total.

JUSTIFICACIÓN.

La elaboración del presente trabajo de investigación tiene como propósito identificar las estomatitis causada por la acción irritativa de la prótesis total, se basa en el riesgo que conlleva el uso de prótesis totales, durante un tiempo prolongado; y se manifiesta como una serie de cambios adversos en el área de soporte de las prótesis dentales.

Con frecuencia los pacientes desconocen que sus tejidos bucales se dañan o deforman a causas de las antiguas prótesis; esa ignorancia despierta gran interés e induce a la investigación, profundizando más en la estomatitis causada por la acción irritativa de la prótesis total; teniendo claro que la verdadera importancia radica en incrementar nuestros conocimientos, difundir la información, cumplir con los requisitos académicos.

La gran mayoría de los pacientes a quienes se les prescribe tratamiento prostodóntico ya utiliza dentaduras artificiales. Por esto antes de construir las prótesis totales, se deberán corregir o tratar muchos trastornos de la boca edéntula.

La presente investigación servirá de beneficio y aporte científico para la Universidad de Carabobo, Facultad de Odontología, Odontólogos, estudiantes y la comunidad en general, constituyendo además sólidos conocimiento para futuras investigaciones a realizar sobre este tema. Demás esta comentar los beneficios que conlleva la generación de esta investigación en la preparación de los futuros profesionales de la Odontología venezolana, pues la información de la cual disponen actualmente tiene su origen en otras latitudes muy diferentes a la nuestra.

El presente trabajo de investigación pertenece al área prioritaria de Prosthodontics and Occlusion, Oral Pathology, pues orienta la investigación hacia las manifestaciones y mecanismos de enfermedades de la cavidad bucal y sus anexos, ésta tiende a organizar, orientar y profundizar en las causas, efectos y tratamientos en orden de prevalencia.

CAPITULO I

CAUSAS, MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL QUE PROVOCAN LAS ESTOMATITIS CAUSADAS POR LA ACCIÓN IRRITATIVA DE LA PRÓTESIS TOTAL.

Estomatitis Causada por Prótesis en el Paladar.

Se analizará las alteraciones provocadas por prótesis en cualquier parte de la boca, pero sólo por causas mecánicas.

Palatitis subplaca:

Una de las causas de esta alteración se da, cuando el terreno protésico no se adapta, y se agrega un aparato que no cumple con reglas técnicas elementales, los tejidos no soportan la presión y aparecen lesiones que constituyen la palatitis subplaca, mejor denominada palatitis protésica.

Entre las manifestaciones clínicas podemos señalar que comienza por una inflamación que se hace crónica. En una primera etapa se observa un puntillado rojo diseminado en toda la mucosa para-protésica que termina por formar una superficie congestiva con tendencia a erosionarse, con zonas de color rojizo más intenso y que no sangra generalmente. Es asintomática, el enfermo ignora su lesión.

En estas condiciones se puede mantener indefinidamente o evolucionar haciendo fisuras, úlceras o hiperplasias. Puede también, ya que la integridad del epitelio está comprometida, que se infecte; lo más corriente es que a la lesión se sume una moniliasis y complique el cuadro.

Hiperplasia fibromatosa del paladar duro por acción de la cámara de succión:

Menciona Boucher (1.994), las causas de hiperplasia fibromatosa provocada a nivel del paladar duro son por acción de la cámara de succión, que actúa como medio de fijación de las prótesis superiores, adoptan el contorno y conformación de la misma.

El mecanismo de producción de la hiperplasia fibromatosa se debe a la aspiración crónica de la mucosa palatina, determinada por dicha cámara.

En la actualidad, las prótesis se confeccionan sin dicho artificio; de ahí que la hiperplasia por esa causa sea hoy más frecuente.

La lesión se manifiesta en la mayoría de las ocasiones como una superficie es lisa o presenta, a semejanza de un molde, la de la cámara correspondiente. Otras veces, dicha superficie puede ser vegetante y muestra las características anatómicas de la hiperplasia papilar, con la que a veces se asocia. No da ninguna sintomatología.

Hiperplasia papilar del paladar duro. Papilomatosis:

La Papilomatosis según Regezi (1.995), “Es una inflamación crónica de tipo papilar múltiple que ocurre a nivel del paladar duro. Esta lesión se encuentra en una de cada diez personas que usan prótesis”.

Se presenta exclusivamente en la mucosa del paladar duro, en relación con prótesis mal adaptadas y que, por lo general, poseen cámara de succión. Es el

producto de la acción irritativa crónica de dicho aparato, a la que pueden agregarse deficiencias higiénicas e infección, ésta última casi siempre por *Cándida Albicans*. El fenómeno hiperplásico se relaciona con la presencia de hongos en sitios en los que se produce traumatismo crónico de baja intensidad. Un tratamiento antimicótico local o general puede llegar a hacer desaparecer en parte estas manifestaciones.

Sin embargo, el factor protésico no debe ser el único que actúa, pues las prótesis mal adaptadas se ven en gran cantidad de pacientes y, sin embargo, la lesión se produce en unos pocos.

La bóveda del paladar es la zona donde se manifiesta con mayor frecuencia, pero también puede comprometer el proceso alveolar o el paladar blando. El tejido muestra grados variables de inflamación, pero rara vez existe ulceración. La lesión exhibe aspecto empedrado y es de color normal o eritematoso. Cuando las lesiones papilares están enrojecidas es común una infección por *cándida* secundaria, la causa se desconoce pero es probable que tenga relación con el traumatismo y en verdad, puede surgir como respuesta de la presión negativa sobre los tejidos palatinos, la lesión no es pre-maligna. Su aspecto puede ser variable. Las lesiones presentan de modo característico, múltiples excrecencias papilares eritematosas y edematosas que forman agregados compactos que parecen verrugas granulares o “guijarros”.

Las excrecencias pueden ser delgadas y vellosas, aunque en la mayor parte de las ocasiones tienden a ser redondas y romas con espacios delgados a cada lado. Con el trascurso del tiempo a causa del eritema intenso que presentan pueden parecer erosiones. Además en algunos casos pueden observarse zonas telangiectásicas focales.

En ocasiones la superficie se presenta finamente vegetantes cubierta por muchísimas granulaciones pequeñas que asientan sobre una superficie rojiza inflamatoria.

Otras veces se pueden observar elevaciones papilomatosas hemisféricas rosadas de cierto tamaño. Entre estos dos aspectos semiológicos existen todas las transiciones posibles. No solamente los aparatos protésicos pueden provocarla, sino también los ortopédicos.

Boucher (1.994) comenta; Estas lesiones ocupan exclusivamente la mucosa palatina ubicada por debajo de la prótesis y casi nunca llegan al reborde alveolar. La hiperplasia papilar se presenta sobre todo en las personas edéntulas con prótesis totales, pero en raras ocasiones se ven pacientes que presentan un completo total de los dientes y no un aparato protésico. Por lo común la sintomatología es escasa o nula.

El diagnóstico diferencial, incluye pocas lesiones, ya que raras veces se confunde con otras enfermedades. La principal lesión de la que debe diferenciarse es la estomatitis nicotínica que afecta el paladar duro. No obstante ésta no se presenta en el paladar duro de fumadores de pipa que usan prótesis maxilares removibles. Además la estomatitis nicotínica tiende a ser más queratinizada y por lo regular se observa una pequeña mancha o punto en el centro de cada excrescencia nodular que corresponde al orificio del conducto de la glándula salival accesoria subyacente. En raras ocasiones la enfermedad de Darier presenta pápulas múltiples en el paladar. También pueden presentarse papilomas escamosos múltiples en el paladar; sin embargo estas lesiones son más queratinizadas y las excrescencias más delicadas. Por último, en el síndrome de Hamartoma múltiple (síndrome de Cowden), la mucosa bucal puede mostrar nódulos papilares mucosos múltiples.

El diagnóstico diferencial se plantea a veces con la moniliasis, la alergia por el material dental, el paladar de los respiradores bucales, epitelomas y papilomatosis florida.

Sánchez (1.989); El diagnóstico diferencial con la moniliasis debe surgir de la prueba terapéutica (tratamiento de la moniliasis o retiro o modificación de la prótesis). El examen micológico aislado carece de valor, porque podría existir una Candidiasis asociada.

Las lesiones alérgicas no suelen ser vegetantes. En cuanto al diagnóstico diferencial con epitelomas o papilomatosis floridas los caracteres de dichos procesos son muy distintos. Por lo general en el paladar no están totalmente debajo de la prótesis y si ello sucede se ubican en un sector y no en la totalidad de esa región.

En caso de duda debe recurrirse al estudio Histopatológico. Los respiradores bucales tienen paladar ojival y voz gangosa.

Lesión traumática de Post-Damming

Argumenta Giunta (1.991); La prótesis total superior, en la zona correspondiente al sellado posterior, cuando, está sobreextendida puede causar, por la acción traumática o compresiva: erosiones, úlceras, marcas, atrofas, hiperplasias, etc.

Son lesiones en general de buen pronóstico, ya que no registran ninguna transformación maligna en una serie de pacientes.

Estomatitis Causada por Prótesis, en los Surcos Vestibulares, Linguales y Zonas Adyacentes.

Ulceraciones en los surcos:

Eversole (1.983), comenta que otra forma clínica de ulceración o úlcera traumática es la observada en los fondos del surco, especialmente vestibulares, determinada por la acción irritante de los bordes de una prótesis mal adaptada o sobreextendida.

Son lesiones dolorosas que desaparecen si el paciente deja de usar su prótesis o cuando en ella se efectúa el desgaste o corrección correspondiente. Es común observar cicatrices post-lesionales cuando el proceso se hace crónico.

También se han visto ulceraciones traumáticas acompañadas de hiperplasia fibromatosa provocadas por el borde lingual de la prótesis inferior, en especial cuando las apófisis geni son largas y prominentes.

Hiperplasias fibromatosas (épolis fisurado) de los surcos

Boucher (1.994) Afirma que el Épolis fisurado “Es la presencia de hiperplasia de tejido a lo largo del borde de la dentadura pero que no se restringe a su lugar sino que se presenta en muchas zonas donde existe una irritación crónica de cualquier tipo, como en la encía, en la mucosa bucal y en el ángulo de la boca”. (p.202).

Justamente con las ulceraciones traumáticas, las hiperplasias fibromatosas de los surcos vestibulares y más rara vez lingual (épolis fisurado) son

las lesiones de más frecuente observación ocasionadas por la acción irritativa crónica de aparatos protésicos mal adaptados o con bordes sobreextendidos.

Regezi (1.995) acota que por lo común, esta patología se debe a la irritación crónica de la aleta mal ajustada de una dentadura sobre el epitelio del fondo del saco. El epitelio de este fondo de saco reacciona a la irritación produciendo tejido hiperplásico de reparación. El tejido prolifera a la zona del surco entre la aleta de la dentadura y la mucosa del vestíbulo, interfiriendo con la extensión de los bordes, atrapando residuos de alimentos y dando abrigo a los microorganismos.

También puede ser provocada por la irritación crónica de la prótesis que tienen algunos años de uso y que nunca han sido modificadas para adaptarlas a las condiciones cambiantes de los rebordes alveolares. Estos, como se sabe, sufren con el tiempo resorciones que continuamente van modificando su altura y conformación. De tal manera, los bordes de los aparatos quedan sobre-extendidos, sin adaptación periférica correcta (sellado periférico).

En otras ocasiones las hiperplasias fibromatosas son causadas por los bordes de prótesis inmediatas (aparatos protésicos colocados inmediatamente después de efectuarse las extracciones dentarias), que no fueron oportunamente rebasadas, redelineadas, etc.

Es un proceso bastante frecuente, en especial en personas de cierta edad, sin diferencia de sexo, portadoras de prótesis completas o parciales.

La localización de elección es a nivel de los surcos gingivolabiales y gingivoyugales, correspondiendo su mayor incidencia a los del maxilar superior. Más rara vez por lingual.

Entre las manifestaciones clínicas: Eversole (1.983) menciona que el aspecto clínico es variable, según el momento evolutivo y, también, la conformación y cantidad de las lesiones. Al principio, la acción irritativa crónica del borde de la prótesis da lugar a un proceso inflamatorio en el fondo del surco o de los surcos, acompañado o no de fisuras, erosiones o ulceraciones. En disposición paralela al borde de la prótesis se pueden formar uno o más mamelones alargados, vegetantes fibromatosos. Generalmente dicho borde queda ubicado entre dos mamelones. En ocasiones estos son varios y se disponen como las hojas de un libro. Ocasionalmente puede localizarse por lingual.

Los épulis alcanzan a observarse alrededor de los bordes vestibulares de una dentadura inmediata o de transición cuando el paciente no regresa para una prótesis permanente.

El tejido hiperplásico redundante debe distinguirse o diferenciarse de otras tumefacciones gingivales con inclusión del carcinoma. Su blanda movilidad y amplia base, son en general suficiente para hacerla clínicamente reconocible.

En cualquier caso de tumoración del tejido gingival, benigna o maligna, será la biopsia del tejido extirpado la que nos proporcionará el diagnóstico definitivo. Su aspecto clínico y la clara relación con el agente causal facilitan el diagnóstico.

Síndrome Inicial Protésico.

Shafer (1.990), indica que de igual manera como aparecen en los surcos durante los primeros días de uso de nuevas prótesis, pueden originarse, a nivel

de los rebordes alveolares, pequeñas erosiones o ulceraciones, sumamente dolorosas, rodeado por un estado eritematoso inflamatorio de la mucosa.

Si se excluyen las fallas en la construcción de las prótesis, esas lesiones pueden ser provocadas por “puntos altos” en la superficie mucosa de apoyo o, en ocasiones, por falta de una correcta regularización de los rebordes. En general son lesiones por decúbito. Pueden acompañarlas una inflamación limitada a los sitios de contacto con el material protésico, una sialorrea más o menos intensa, en algunas ocasiones alteraciones gustativas (psíquicas más que orgánicas: hipogeusia o parageusia), ardor, etc.

En zonas de salida de los agujeros mentonianos, palatinos, y a nivel de los torus pueden aparecer también áreas dolorosas. El hábito de apretar la prótesis recién colocada es otro factor de dolor por lesión de las partes blandas.

Úlcera Traumática (Manchas Dolorosas).

Eversole (1.983) afirma, “La úlcera traumática es, por mucho, el tipo más común de ulceración focal. Su aparición es posible como respuesta a innumerables lesiones traumáticas, que incluyen irritación por prótesis”.

Estas lesiones pueden ser el resultado de una sobreextensión de los rebordes, el secuestro de espículas de hueso bajo la prótesis dental o una mancha áspera o “alta” sobre la superficie interna de la prótesis total.

Se manifiesta clínicamente por una o más úlceras, por lo común se desarrollan en un día o dos después de la inserción de una prótesis total nueva.

Estas úlceras son lesiones dolorosas, pequeñas de forma irregular y cubiertas por una delicada membrana necrótica de color gris y rodeadas por un halo inflamatorio, algunas veces esto puede ser el principio de una proliferación de tejido alrededor de la periferia de la lesión en una base inflamatoria.

Boca Dolorosa en los Portadores de Prótesis.

Boucher (1.994) comenta, las prótesis dentarias, especialmente las dentaduras completas superiores, producen con alguna frecuencia tipos diferentes de dolor. Como su uso es más corriente en personas de edad, es lógico que su incidencia sea mayor en la vejez. Una queja frecuente de los pacientes geriátricos es una sensación vaga de ardor o de dolor bajo una prótesis que parece estar bien ajustada en ausencia de las lesiones visibles.

Si bien la causa más frecuente del dolor es el traumatismo irritativo de las prótesis, hay otras circunstancias para tener en cuenta en el síndrome doloroso.

Se observa por ejemplo, en la mucosa, el sitio de apoyo de prótesis en sujetos con hábitos higiénicos deficientes, o que presenten un terreno modificado (carencias alimentarias primitivas o secundarias, especialmente por diabetes, etc.), en los que, además, puede desarrollarse en moniliasis que origina dolor.

En ocasiones se registran modificaciones en la sensibilidad, por lo común dolor, debidas a las alteraciones circulatorias que provoca la compresión de la mucosa por acción de la prótesis.

Otro factor discutido de inflamación y dolor es la alergia al material con el que se confeccionan las prótesis, especialmente el acrílico. La mayoría de los autores piensan que ello puede producirse porque en algunos casos el material no se halla totalmente polimerizado.

Clínicamente se manifiesta por múltiples elementos elevados, circunscriptos, pequeños, de color rojo traslúcido, que asientan sobre una base eritematosa al igual que la mucosa que los rodea. Puede ser una reacción por irritante primario o de tipo alérgico. Sin embargo, las prótesis son sólo uno de los agentes productores de este síndrome alérgico tan corriente (boca dolorosa o estomatodinia).

Los síntomas son un espectro extraño de dolor en mucosa de soporte de prótesis, irritada, sensible y que produce comezón. Con frecuencia los datos clínicos son negativos y parece que en tales pacientes la tolerancia de la mucosa es muy baja, sin signos clínicos o de laboratorio visibles.

Como factores contribuyentes se han citado deficiencias de hierro y proteínas así como absorción intestinal insuficiente. Los pacientes que presentan este síndrome deberán ser remitidos a un médico para un análisis sistemático completo por medio del cual se podría identificar la causa o causas subyacentes del dolor de boca.

En raras ocasiones se hallan trastornos de mucosas que no encajan dentro de la descripción general de estomatitis por prótesis total. Por conveniencia, se agrupan a tales anomalías como un síndrome de “dolor bucal causado por dentadura artificial”. La experiencia clínica indica que el dolor de boca ocasionado por prótesis tal vez dependa de anormalidades en las funciones metabólicas u hormonal subyacente o de una deficiencia nutricional (ejemplo el alcoholismo).

En ocasiones, algunos pacientes con problemas psicológicos podrían encajar dentro de este cuadro.

CAPITULO II

FACTORES IMPLICADOS EN LA ESTOMATITIS CAUSADA POR LA ACCIÓN IRRITATIVA DE LA PRÓTESIS TOTAL.

Factores Externos.

Sánchez (1.989) acota que aunque los tejidos de soporte de las dentaduras son la mejor elección, no hay ninguna objeción seria para que se utilice la piel en la prueba del parche. Si se obtuviera un resultado positivo, hay que evitar el contacto entre la base de la dentadura que ha causado la sensibilización en todo los tejidos bucales. La dentadura vuelve a fabricarse utilizando otro tipo de resina para que la base, como el poliestireno, nylon, o policarbonato.

El alto contenido de plasticizante o, más importante, la emigración del plasticizante desde los rebases planos para dentaduras hasta la superficie de los tejidos es un factor causal. El monómero libre en bases de dentaduras curadas en forma incompleta o rebases con resinas de autopolimerización es la causa. La mayor parte del monómero residual, que se extrae con agua o saliva, desaparece a las pocas horas cuando la dentadura es sumergida en agua o usada por el paciente.

Algunas veces se presenta una sensación de ardor en la porción anterior del paladar debido a la presión excesiva de la base de la dentadura sobre la papila incisa. El alivio adecuado trae la desaparición rápida de los síntomas. Muchos pacientes de edad avanzada presentan una tolerancia baja a las dentaduras. Una carga oclusa mayor que la capacidad de resistencia de los tejidos de soporte de la dentadura produce una sensación de ardor generalizada. Las fuerzas de la masticación deberán ser diseminadas sobre un área lo mayor posible para reducir las tensiones locales mediante el diseño adecuado y selección de los dientes.

Otros factores externos incluyen el tabaquismo, masticación de tabaco, masticación bucal, alcoholismo crónico y hábitos linguales. La utilización de preparaciones bucales de venta al público, como enjuagues, adhesivos para dentaduras y limpiadores, así como pasta de dientes y polvos también desempeñan un papel. La eliminación de la preparación, alimentos o hábito irritantes trae alivio

oportuno. Desdichadamente estos factores externos rara vez son la causa, siendo muy difícil la identificación del agente causal. (Sánchez, 1.989).

Factores Internos.

Menciona Sánchez (1.989), los trastornos generales, que suelen ser de tipo crónico de baja intensidad, son la causa de una sensación de ardor en las estructuras bucales, en especial la lengua, paladar y tejidos de soporte de las dentaduras. En algunos casos las lesiones bucales características y visibles relacionadas con una afección general en particular aún no se han desarrollado, aunque lo harán posteriormente, facilitando el diagnóstico en esa fecha.

Las causas posibles son de deficiencias nutricionales o vitamínicas, trastornos metabólicos y circulatorios, anemia perniciosa o por deficiencia de hierro, trastornos gastrointestinales y desequilibrios hormonales. La lengua suele ser afectada por una deficiencia de complejo B. Una sensación de ardor en la lengua, paladar y tejido de soporte de las dentaduras está relacionada con el climaterio, descrito como el período de transición entre la madurez y la senilidad. La menopausia es sólo un punto sobresaliente en esta fase regresiva. Un período correspondiente se presenta en el hombre y se conoce como climaterio masculino. (Sánchez, 1.989).

Los cambios regresivos de este período se presentan primero en la mujer, debido a los cambios endocrinos, metabólicos y estructurales relacionados con el climaterio, ocurren síntomas bucales que parecen conducir al fracaso final del tratamiento protésico. Esto es más frecuente en las mujeres después de la menopausia.

El tratar de hacer el diagnóstico y aplicar un tratamiento para trastornos generales y síntomas menopáusicos se encuentra fuera de la capacidad del dentista. Por ello tiene que hacer una historia médica y nutricional minuciosa capaz de reconocer las desviaciones de lo normal y remitirlo al médico si lo cree conveniente. Puede sugerir que se le haga un examen físico completo que incluya biometría hemática completa y análisis recientes de pruebas de laboratorio. (Sánchez, 1.989).

La llamada “boca adolorida por la dentadura”, que no es más que dolor y ardor de los tejidos de soporte de las dentaduras, dando como resultado la imposibilidad de usar las dentaduras, ha sido tratada exitosamente, recetando gran cantidad de vitamina C (Ácido Ascórbico).

La vitaminoterapia por sí sola no es un sustituto para una dieta bien balanceada. Es indispensable realizar una ingestión adecuada de proteínas, mientras que una ingestión excesiva de carbohidratos debe ser evitada.

Otro factor interno, son los bordes irregulares que presentan algunas personas a nivel del reborde alveolar y que debe ser corregido mediante cirugía.

Factores Psicológicos.

Boucher (1.994), comentan, el diagnóstico y tratamiento más difíciles en este grupo de paciente es cuando la sensación de ardor y el dolor es de origen psicológicos. Para el paciente estos síntomas son verdaderos y se espera una explicación, sea o no razonable. Estas personas pueden ser mujeres posmenopausias, nerviosas, preocupadas, tensas y angustiadas, con una gran variedad de trastornos reales o imaginarios de tipo general. La reacción psicológica y emocional a la falta de satisfacción, no obstante la calidad del tratamiento dental. Los cambios regresivos del envejecimiento o pérdida del pelo, también desempeñan un papel.

Durante la menopausia las mujeres suelen ser hipersensibles emocionalmente. Estos problemas no son visibles hasta que se haya insertado la dentadura.

La paciencia, comprensión y apoyo constante por parte del dentista son indispensables. Sólo como último recurso, y con permiso del paciente, debe solicitarse una consulta psiquiátrica. En ocasiones la sola mención de esto aumentará sus dolores y tensiones. Si ya se encuentra sometido a tratamiento psiquiátrico, estará indicada una consulta entre el odontólogo y el psiquiatra, con conocimiento completo del paciente, para discutir el tratamiento propuesto.

Si los resultados del examen bucal y las consultas médicas y psiquiátricas (suponiendo que el odontólogo ha llegado hasta este punto) son negativos, no deberá llevarse a cabo ningún tratamiento de soporte. Sin embargo se llamará al paciente a períodos regulares. La utilización de tranquilizantes y sedantes debe ser emprendida con gran precaución, si es que acaso se hace. (Sánchez, 1.989).

CAPITULO III

TRATAMIENTO, PREVENCIONES Y PRONÓSTICOS PARA LAS ALTERACIONES BUCALES PRODUCIDAS POR LA ACCIÓN IRRITATIVA DE LA PRÓTESIS TOTAL.

Estomatitis Causada por Prótesis en el paladar.

Palatitis Subplaca:

En el tratamiento se debe modificar el estado general, es decir, hacer desaparecer las causas predisponentes además del reemplazo o rebasado de la prótesis.

Se propone como tratamiento eficaz en los casos de Palatitis Subplaca combinar diatermia quirúrgica con aplicaciones locales, en los días sucesivos, de Factor de Crecimiento Epidérmico (EGFrh) en crema. Disponible: <http://www.encolombia.com>. [Consulta Noviembre/2001].

Como medida preventiva se debe enseñar al paciente, normas elementales de higiene e interrogarlo respecto a la posibilidad de hábitos que puedan aumentar el trauma que ocasiona la prótesis a fin de corregirlo.

Hiperplasia fibromatosa del paladar duro por acción de la cámara de succión:

Para el tratamiento de la hiperplasia fibromatosa, se corrige la prótesis eliminando la cámara de succión por emparejamiento (desgaste) de los bordes. Si la lesión no desaparece puede researse quirúrgicamente o eliminarse con el galvanocauterio. No se registra ninguna transformación carcinomatosa. (Grinspan, 1.970).

Hiperplasia papilar del paladar duro. Papilomatosis:

En el tratamiento de la hiperplasia papilar, se recomienda la remoción temporal de la prótesis, esto puede disminuir un poco el tamaño de la lesión; sin embargo, se requiere de extirpación quirúrgica antes de reconstruir la prótesis del paciente, ya que la cicatriz hiperplásica es permanente, luego se podrá construir una nueva prótesis o rebasar la antigua para prevenir recurrencia. (Regezi y Col, 1.995).

El método quirúrgico depende de las preferencias individuales y puede utilizarse curetaje, criocirugía, electrocirugía, mucoabrasión, ablación con láser.

Como medida preventiva, la remoción de la prótesis en el momento de acostarse y una buena higiene bucal acompañada de tratamientos antimicóticos puede reducir de manera significativa la intensidad de las lesiones. En los casos leves, el uso de sustancias y rebases acondicionadores de tejidos blandos y cambiándolos con frecuencia, puede reducir la lesión lo suficiente como para evitar la cirugía.

El pronóstico de la lesión es muy bueno, y no se ha encontrado ninguna transformación maligna en la “Hiperplasia Papilar”. (Grinspan, 1.970).

Como profilaxis conviene utilizar en las nuevas prótesis una técnica de impresión muy escrupulosa, limpieza dental cuidadosa, masajes y retirar la prótesis al dormir.

Lesión traumática de Post-Damming:

El tratamiento consiste en remodelar la prótesis. La lesión desaparece al eliminar la causa que la ocasionó. (Giunta, 1.991).

Estomatitis Causada por Prótesis, en los Surcos Vestibulares, Linguales y Zonas Adyacentes.

Ulceraciones en los surcos:

El tratamiento de la lesión ulcerativa en sí, es sintomático. (Regezi y Col. 1.995). Además, de hacerse la corrección de la causa subyacente en la prótesis; desgaste sobreextendidos, rebasado, etc. (Shafer y Col., 1.990). Cuando son desgastadas muy viejas, se aconseja la confección de una nueva.

En cuanto al pronóstico una vez instaurado el tratamiento la úlcera sana rápidamente. (Shafer y Col., 1.990). Sin embargo, se han citado casos de transformación maligna de estas lesiones. (Grinspan, 1.970).

Hiperplasias Fibromatosas (Épulis Fisurado) de los surcos:

El tratamiento consiste en retirar la dentadura causal o acortar sus bordes para permitir el descanso de los tejidos y su reparación. Al proceder la reparación, el borde de la dentadura puede corregirse con modelina y agentes para acondicionamiento de tejidos. La extirpación quirúrgica sólo deberá intentarse si este tratamiento no trae la resolución del problema. El descanso de los tejidos debe ser lo suficientemente prolongado para causar la regresión del épulis y la cicatrización total.

Los casos de larga duración exigen la eliminación quirúrgica. La cirugía seguida por la sutura logra disminuir la profundidad del vestíbulo una vez que se haya presentado la contractura de la cicatriz. Si este es anticipado y la extensión tiene que considerarse una vestibuloplastia por epitelización secundaria para aumentar la profundidad del vestíbulo. (Boucher, 1.994).

El pronóstico es muy bueno. La lesión una vez extirpada, no recidiva si se ha corregido el agente causal. No hemos observado transformación maligna en estos casos de hiperplasia fibromatosa no fisurada por irritación protésica. (Grinspan, 1.970).

Úlceras Traumáticas (Manchas Dolorosas).

El tratamiento de la úlcera traumática debido a una prótesis total consiste en la corrección de la causa subyacente: eliminar los rebordes, remoción de los secuestros pequeños o de los lugares altos. Cuando esto se lleva a cabo por lo regular la úlcera sana rápidamente. (Eversole, 1.991).

Boca Dolorosa en los Portadores de Prótesis.

El tratamiento podría consistir en una dieta alta en proteínas, evitar irritantes locales, liberación lenta de cloruro de hidrógeno suplementario en el paciente aclorhídrico, tabletas de ácido ascórbico disueltas sublingualmente, y ocasionalmente ayuda psiquiátrica.

Pero no hay un consenso real acerca de este tratamiento, debido quizás a la naturaleza más bien vaga del dolor de boca causado por dentadura artificial.

CAPITULO IV

ANALIZAR LAS INVESTIGACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES RELACIONADAS CON LAS ESTOMATITIS CAUSADA POR LA ACCIÓN IRRITATIVA DE LA PRÓTESIS TOTAL.

Como ya se ha mencionado a lo largo de este informe de investigación, las estomatitis causadas por la acción irritativa de la prótesis mal adaptada es la lesión más frecuente en los portadores de prótesis total.

Reforzando lo dicho anteriormente, Martínez Alejandra y col., (1.995), en Chile, realizó una investigación donde observo los principales cambios patológicos que se producen en mucosas y tejidos de soporte de prótesis total y su relación con enfermedades sistémicas, higiene bucal y las prótesis. Esta muestra estaba constituida por 120 pacientes con 5 años de uso de sus prótesis, a quienes se les efectuó un completo examen clínico y se les someterá a un cuestionario, en relación al consumo de medicamentos y a enfermedades generales. De acuerdo a los resultados las enfermedades más frecuente fue la estomatitis sub-protésica.

Berrios H. Gabriel. (1.998), realizó una investigación en Venezuela denominada: Lesiones Rojas asociadas a *Cándida Albicans* producidas por prótesis totales. Se examinaron un total de 7.060 pacientes en el área de Triage de la Facultad de Odontología (U.C.) donde se seleccionaron a 41 pacientes portadores de prótesis total, con lesiones eritematosas, 24 se asociaron a lesiones rojas en paladar por *Cándida Albicans* y a portadores de prótesis totales.

La edad de los pacientes estaba comprendida entre los 30 y 76 años de edad. El sexo de los pacientes fueron 34 mujeres y 7 hombres.

De los 41 pacientes examinados, solo 37 (90%) afirmaron, no retirarse la prótesis durante la noche, solo 4 pacientes se lo indico su Odontólogo, cuando fueron colocadas.

En cuanto a la confección defectuosa de la prótesis, se tendrán que tomar en cuenta que, de los 41 pacientes, solo 35 presentaban prótesis muy deteriorada, y alguna con cámara de succión.

De los pacientes estudiados solo 6 (15%) presentaron prótesis bien realizada, el resto de las prótesis tenían algún tipo de defecto, flancos cortos 5 (12%); cámara de succión 2 (5%); no ajustadas en boca 6 (15%); mal rebasada 3 (7%); con porosidades muy acentuadas en la superficie de contacto con el paladar 4 (10%); reparadas 12 (29%).

En cuanto a la higiene bucal que presentaron los pacientes estudiados, podemos ver que de los 41, 4 (10%) tenían buena técnica de higiene; regulares 13 (32%); y defectuosa 24 (59%).

Domínguez. Flora M. (1.999), realizó una investigación en Venezuela, denominadas: Lesiones para-protésicas bucales en la consulta de Patología Bucal. Departamento de Estomatoquirurgica. U. C. Se examinaron 640 pacientes portadores de prótesis total; 83 correspondieron a casos de patología para-protésica, representando ésta cifra el 12,97 % de todas las patologías diagnosticadas a nivel de los tejidos blandos de la cavidad bucal. Se evidencia que la máxima frecuencia se presenta en la hiperplasia papilar y la hiperplasia fibrosa por prótesis con el 59,0% y 24,1 % respectivamente. En relación al sexo se observó que existe una mayor incidencia en la mujer. La frecuencia encontrada fue de 67 casos para el sexo femenino y 16 casos para el masculino, lo que presenta una relación aproximada de 4:1.

Moreira y col., citado por (Bernal, 2.001), realizaron una investigación en Cuba, denominada “Estomatitis sub-prótesis: estudio epidemiológico en 6.302 pacientes portadores de prótesis dentales”, con el propósito de conocer la frecuencia

de aparición de la estomatitis subprotésica en un número grande de individuos y determinar algunas variables causales derivadas de las costumbres y hábitos personales de utilizar la prótesis. El universo de estudio estuvo representado por todos los pacientes portadores de prótesis a plazo de 6 o más meses de uso que acudieron a 36 clínicas estomatológicas durante un período de tres semanas continuas.

Se examinaron 6.302 personas donde se registraron 2.952 afectados de estomatitis subprotésica, lo que representó una frecuencia del 46,84%. El 50,47 % correspondió al sexo femenino y el 39,96%, al masculino. La década de los 30 años fue la más involucrada con el 49,8% y la afectación mayor se observó en las personas cuya base protésica era de acrílico, con el 48,45%. Al grado clínico I. perteneció la mayor cantidad de lesiones con el 63,04%. El 47,14% de los individuos que estimaron que su prótesis le quedaba al iniciar su uso, fijas, cómodas y bien ajustadas, presentaba alteraciones. El 83,38% de los sujetos examinados tenía hábito de dormir con las prótesis. El 51,07% de los mismos se encontraba afectado por las lesiones.

Caputo y col., citado por (Bernal, 2.001) realizaron un trabajo de investigación en Argentina, llamado “Tratamiento de las lesiones para-protésicas en desdentados totales portadores de prótesis completas”, en el cual obtuvieron como resultado que del total de las lesiones tratadas, el 16,67% de las mismas requirió del tratamiento quirúrgico previo a la confección de una nueva prótesis, el 83,33% restante de las patologías fueron resueltas mediante el tratamiento con materiales resilientes.

Comparando las citadas investigaciones se pudo constatar la prevalectía de las lesiones para-protésicas en los pacientes portadores de prótesis total en el sexo femenino más que el sexo masculino, también es de notar que el 90% de los pacientes presentan estas lesiones por la no remoción de la prótesis durante la noche.

Cabargas. Jorge y col., (2.001), realizó una investigación denominada “Eficacia de limpiadores químicos de prótesis. Estudio clínico e in vitro”, donde insiste en educar al paciente, con instrucciones simples en la higiene tanto de sus mucosas como de los aparatos protésicos, su propósito principal fue investigar la eficacia de estos agentes limpiadores en la prevención y control de la Estomatitis Subprótesis. Comparamos en 50 pacientes desdentados completos los efectos de un cepillado, solo, sobre prótesis y mucosas y el cepillado más el uso de tabletas limpiadoras. Notamos disminución significativa de la inflamación palatina y controles in vitro de muestras de las dentaduras revelaron la total eliminación de la *Cándida Albicans* mediante el cepillado más procedimiento químico. Se recomienda el uso de estas tabletas efervescentes en base a peróxidos como coadyuvante al cepillado convencional de prótesis. El mecanismo de acción de las tabletas oxidoreductoras es la destrucción de la pared celular de bacterias y hongos, disminuyendo la cantidad de microorganismos. El uso de las tabletas limpiadoras sería un método apropiado para prevenir estomatitis subprótesis, debido a las propiedades químicas de estas tabletas.

El presente artículo nos aporta otras alternativas de tratamiento para los portadores de prótesis totales, pero hay que recordar, que para la selección de estos va a depender de las lesiones presentes en boca.

Catalán y col., citado por (Bernal, 2.001) mencionan un 40% en Chile y citan un estudio de un 43% en Japón. También se ha observado un incremento de la frecuencia de *Cándida albicans* asociada a estas lesiones en aquellos pacientes que

utilizan noche y día. Es por ello que muchos investigadores le confieren gran importancia al tiempo de uso diario y recomiendan un receso entre seis y ocho horas al día.

CONCLUSIÓN.

Después de analizar la presente investigación se observó que uno de los problemas que tiene la Odontología venezolana es la escasa investigación, y por lo tanto, el desconocimiento de la realidad nacional en el campo de la Odontología.

Los datos empíricos obtenidos de las constataciones diarias y la exhaustiva revisión que el autor ha realizado a nivel de las Universidades Nacionales, sobre

investigaciones y estudios realizados, esto unido a la casi nula bibliografía existente a nivel nacional, la falta de conocimiento de parte de los pacientes acerca de los diferentes tipos de estomatitis causada por la acción irritativa de la prótesis total todo esto motivo a la investigación, para así poder identificar dichas estomatitis.

La estomatitis causada por prótesis según es una inflamación crónica de la mucosa de soporte de la prótesis (el asiento basal) y puede ser local o generalizada.

La rehabilitación protésica oral tiene el cometido de restaurar la función normal y eliminar, en lo posible, todas las disfunciones condicionadas por la invalidez de la dentadura y de prevenir una progresiva destrucción del sistema estomatognático. La alta frecuencia de estas lesiones indica un predominio de los procesos crónicos sobre los agudos. Siendo los primeros una continuidad de los segundos, se puede pensar que tales procesos pudieron evitarse instaurando el tratamiento correspondiente en la debida oportunidad.

La invalidez de la dentadura, y de la alterada situación fisiológica oral por ella condicionada representa el punto de partida, y la situación inicial para el estomatólogo.

La instalación de una prótesis sólo tiene un sentido terapéutico razonable cuando lo que se pretende como resultado final es la correcta rehabilitación oral.

Muchas veces la prótesis nueva causa ulceraciones. Al alinear la prótesis las úlceras sanan sin contratiempo. Por otro lado una prótesis mal ajustada puede moverse cortando la mucosa, y es necesario volverla a alinear o elaborar para resolver el problema.

Las prótesis dentales pueden ocasionar otras lesiones traumáticas: en el borde lateral de la lengua puede observarse glositis traumática con aspectos de lengua geográfica, ya que la superficie lingual carece de papilas filiformes, se encuentra atrófica y su aspecto es enrojecido, edematoso y brillante, y es producida por la abrasión de la lengua contra las superficies linguales de las prótesis ya sea por algún hábito neurótico o por deficiente alineación de los dientes.

Las prótesis dentales pueden producir úlceras, especialmente en el paladar, borde maxilar y mandibular, los que aparecen de color rojizo eritematosos y muchas veces dolorosos, la causa es una falta de adaptación a las prótesis. El tratamiento es cubrir el tejido con ciertos materiales acondicionadores de tejido hasta que cicatrice y se construya una nueva prótesis.

Para aumentar las posibilidades de éxito de las dentaduras nuevas se deberá corregir otros trastornos bucales que puedan haberse desarrollado o estar presentes. La persona debe estar conciente de estos problemas y con una adecuada explicación por parte del dentista que sea complementada por radiografías y modelos de diagnóstico se podrá convencer de dicho tratamiento.

Como mencionamos hay diferentes factores que influyen o repercuten en los tejidos, uno de ellos es el factor externo (tabaquismo, alcoholismo crónico, etc).

Muchos pacientes de edad avanzada presentan una tolerancia baja a las dentaduras. Una carga oclusal mayor que la capacidad de resistencia de los tejidos de soporte de la dentadura produce una sensación de ardor generalizada. Algunas veces se presenta una sensación de ardor en la porción anterior del paladar debido a la presión excesiva de la base de la prótesis sobre la papila incisal y el alivio adecuado trae la rápida desaparición de los síntomas, sin embargo, se puede pensar en otros factores inherentes al paciente, como sería el económico, factores de índole

profesional, como una mala praxis odontológica y factores sanitarios como falta de controles a nivel de los centros asistenciales.

Desafortunadamente estos factores externos rara vez son la causa de estas lesiones, siendo muy difícil la identificación del agente causal.

Otro factor es el interno como son las deficiencias nutricionales o vitamínicas, trastornos metabólicos y circulatorios, algunas lesiones en boca (boca adolorida por la dentadura) son tratadas exitosamente recetando gran cantidad de vitamina C.

La vitaminoterapia por sí sola no es un sustituto para una dieta bien balanceada. Es indispensable realizar una ingestión adecuada de proteínas, mientras que una ingestión excesiva de carbohidratos debe ser evitada.

BIBLIOGRAFÍA

Bernal B. Ángel E. (2.001): *Estomatitis Subprótesis* [Documento en Línea]

Disponible: <http://www.encolombia.com/prosto-estomatitis,htm#RESU>.

[Consulta. 2.001, Noviembre 13]

Berrios H. Gabriel. (1.998): Lesiones *Rojas Asociada a Cándida Albicans Producidas por Prótesis Totales*. Universidad de Carabobo. Facultad de Odontología.

Boucher. Carlos, Zarb. George. (1.994): *Prostodóncia total de Boucher*;

Editorial Interamericana Mc. Graw Hill.

Cabargas. Jorge y col. (2.001): *Eficacia de limpiador químico de prótesis. Estudio clínico e in Vitro.* [Documento en Línea]. Disponible: <http://www.odontologia.uchile.cl/revistaFO/v15n1/a4.html> [Consulta 2.001, Diciembre 4]

Domínguez. Flora M. (1.999): *Lesiones Para-protésica Bucales en la Consulta de Patología Bucal.* Departamento de Estomatoquirurgica. Universidad de Carabobo. Facultad de Odontología

Eversole. Lewis. (1.983): *Patología bucal*, Buenos Aires – Argentina: Edit. Médica Panamericana, Edición 1.

Giunta. John (1.991): *Patología bucal*, México, Edit. Interamericana McGraw-Hill. Edición 3.

Gripsan. David (1.970): *Patología bucal*, México, Nueva Editorial Interamericana. Edición 4.

Hernández. S. Roberto (1.996): *Metodología de la Investigación*, México, McGraw-Hill Interamericana. Edición 1.

Martínez B. Alejandra y col. (1.995): *Estudio longitudinal de patología bucal asociada con prótesis dental.* [Documento en línea] Disponible: <http://www.udec.cl/~odonto/revista/1995/tr-inv2.htm> [Consulta. 2.001, Diciembre 1].

Méndez A. Carlos (1.995): *Metodología*, Santa Fé de Bogotá, Editorial

McGraw- Hill Interamericana. Edición 2.

Regezi. Joseph A, Sciubba. James (1.995): *Patología Bucal*, México, Edit. Interamericana Mc. Graw Hill. Edición 2.

Sánchez. Carlos, Uzcátegui. Rosa (1.989): *Patología Clínica y terapéutica estomatológica*. Coeditado por el Consejo de estudios de Post- grado y el consejo de publicaciones de la ULA, Mérida-Venezuela.

Shafer. William, Levy. Barhet (1.990): *Tratado de Patología Bucal*, México, Edit. Interamericana, Edición 4.