

---

---

## ARTÍCULOS ORIGINALES

---

---

Facultad de Estomatología  
Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

### *LA ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS EN PACIENTES DESDENTADOS TOTALES*

*Dra. Victoria Carreira Piloto<sup>1</sup> y Dra. Zoraya E. Almagro Urrutia<sup>2</sup>*

**RESUMEN:** Se estudiaron 100 pacientes desdentados totales maxilares y portadores de prótesis desajustadas que acudieron al Servicio de Prótesis de la Facultad de Estomatología del ISCM-H. Los pacientes fueron examinados, y por observación directa de la mucosa palatina se constató si esta mostraba macroscópicamente los signos de estomatitis subprótesis, la cual se clasificó según los criterios de Newton. Se determinó la zona de ubicación de la lesión y por medio del interrogatorio se conoció el hábito de uso de las prótesis en estos pacientes. El 70 % de los pacientes estudiados presentaron una mucosa alterada, con un predominio de estomatitis subprótesis grado II en el 44,3 % y de grado III con menor frecuencia (21,4 %). La lesión se ubicó preferentemente en la zona media y posterior de la bóveda palatina, para el 44,3 y 34,3 %, respectivamente. Presentaban la lesión en la zona media 31 pacientes, para el 44,4 % y en esta zona prevaleció la estomatitis subprótesis grado II, para el 58 %, seguido por 24 pacientes con lesión en la zona posterior (34,2 %) con una prevalencia en esta zona del grado I de la lesión (58,3 %). Con respecto al hábito de uso de las prótesis, de los 100 pacientes estudiados 75 presentaban uso continuo de estas, mientras que solo 25 tenían hábito de uso discontinuo. De los que usaban la prótesis constantemente, 62 presentaron la mucosa alterada, en los que predominó la estomatitis grado II, con el 96,8 % y las lesiones se observaron con mayor frecuencia en las zonas media y posterior, con el 80,6 y 91,6 %, respectivamente. Al relacionar el hábito de uso continuo, las zonas de ubicación de la lesión y el grado de estomatitis subprótesis, se apreció que en la zona media la frecuencia de aparición de la lesión es mayor, con el 35,8 % y mucho menor en

---

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Profesora Auxiliar de la Facultad de Estomatología del ISCM-H.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado de Prótesis Estomatológica. Instructor de la Facultad de Estomatología del ISCM-H.

la zona anterior, para el 8,5 %. El grado II de la lesión prevaleció en la zona media, para el 38,8 % y en la zona posterior prevaleció el grado I de la lesión, para el 50 %.

**Descriptores DeCS:** ESTOMATITIS SUBPRÓTESICA/etiología; MUCOSA BUCAL/lesiones; PRÓTESIS DENTAL/efectos adversos; CANDIDA ALBICANS; PALADAR BLANDO/lesiones; BOCA EDENTADA.

El tema de la estomatitis subprótesis, denominada inflamación subplaca, hiperplasia papilar, *denture sore mounth*, ha sido tratada por varios autores,<sup>1-4</sup> que han caracterizado a esta lesión como una inflamación congestiva en algunos puntos de la mucosa palatina.<sup>5-8</sup> Según *Lambson*, la mucosa parece espesarse y en ocasiones el aspecto es nodular, y se plantea que es debido a la hiperplasia de las papilas, lo que origina el nombre de hiperplasia papilar.<sup>2,6,8</sup> *Budtz Jorgensen*<sup>9</sup> plantea que esta y la congestión de la mucosa pueden ser 2 formas o grados de la estomatitis supprótesis. *Newton* estableció la siguiente clasificación: grado I: puntos de hiperemia, grado II: eritema difuso, grado III: inflamación granular o hiperplasia.

La etiología de la estomatitis subprótesis ha dado lugar a múltiples discusiones, entre los factores se citan los sistémicos (*Hernández Otaño M.* La *Candida albicans* en la estomatitis subprótesis. Tesis. Facultad de Estomatología, Ciudad de La Habana, 1991).<sup>2,5,10,11</sup> Se plantea que la deficiencia del ácido fólico, vitamina B 12, hierro y proteínas pueden contribuir a la aparición de anemias, y que estos estados carenciales pueden tener relación directa con los cambios inflamatorios en la mucosa masticatoria. Con respecto a los factores traumáticos,<sup>2-4,12-14</sup> se plantea que el paladar duro está cubierto por tejido queratinizado, con una submucosa que contiene tejido adiposo en los 2 tercios anteriores y tejido glandular en el tercio posterior, y que estos pueden resistir compresiones ligeras sin bloquear los conductos excretores de

las glándulas palatinas, ya que de no hacerse, se producirían lesiones traumáticas en dichas zonas.<sup>3,8,13-16</sup>

Otros autores<sup>2-4</sup> plantean que el tiempo de uso de la prótesis guarda relación con el trauma, ya que el ajuste y la adaptación de la base a los tejidos se va perdiendo como producto del proceso de reabsorción propia. Estudios realizados en relación con el retiro nocturno de la prótesis, permiten comprobar que evita la parafunción nocturna,<sup>15</sup> reduce la incidencia de lesiones inflamatorias sobre la mucosa, se disminuye el tiempo de exposición a la posible proliferación de los microorganismos,<sup>12-17</sup> que pueden ocasionar degeneración de las glándulas palatinas y por consiguiente, disminuye la secreción de saliva, la cual inicia o agrava más la estomatitis subprótesis. Hay autores que plantean que el trauma y el uso continuo de la prótesis son la causa de esta afección.<sup>7,9,17</sup> La higiene deficiente contribuye a la hiperplasia papilar y a la proliferación de microorganismos como la *Candida albicans*, que agrava más la lesión.<sup>8-9,16-19</sup>

Atendiendo a la alta incidencia de esta patología nos dimos a la tarea de:

- Conocer la frecuencia de su aparición.
- Determinar su localización en la zona de la bóveda palatina.
- Relacionar su frecuencia con el hábito de uso de la prótesis.

## **Métodos**

El presente estudio se realizó en 100 pacientes desdentados totales maxilares

portadores de prótesis que solicitaron los servicios de la clínica de prótesis de la Facultad de Estomatología del ISCM de La Habana para su rehabilitación.

El estudio se realizó en el período comprendido entre octubre de 1998 y mayo de 1999. El examen del paciente se realizó en el sillón dental, utilizando el espejo bucal plano y por observación directa de la bóveda palatina del paciente. De esta forma se determinó la presencia o no de la estomatitis subprótesis. El aspecto macroscópico de esta determinó el grado de la lesión, según criterio de Newton.<sup>3</sup>

También en la observación se tuvo en cuenta la localización de la lesión en la bóveda palatina y por medio del interrogatorio se conoció el hábito de uso de la prótesis en cada paciente.

#### CRITERIOS

- Mucosa normal o fisiológica: se observa normocoloreada, sin inflamación.
- Mucosa alterada o patológica: se observa hipercoloreada, inflamada con signos de estomatitis subprótesis.
- Estomatitis subprótesis grado I: en la mucosa palatina se presentan puntos hiperémicos.
- Estomatitis subprótesis grado II: se presenta en la mucosa palatina eritema difuso, bien definido.
- Estomatitis subprótesis grado III: la mucosa palatina se presenta en forma granular o verrugosa.

#### ZONAS DE LA BÓVEDA PALATINA

- Zona anterior: comprendida entre la papila incisiva y la región canina.
- Zona media: comprendida entre la región canina y el primer molar.

- Zona posterior: comprendida entre la región del primer molar y el sellado posterior.
- Zona mixta: cuando se considere más de una zona contigua.

#### HÁBITOS DE USO

- Continuo: uso permanente de la prótesis, solo se retira para su higiene.
- Discontinuo: uso diurno o nocturno de la prótesis solamente.

Los resultados se presentan en tablas porcentuales y análisis estadísticos.

### **Resultados**

En la tabla 1 se muestra el número de pacientes motivo de estudio, según el estado que presentaba la mucosa palatina. De estos, 30 pacientes (30 %) presentaron la mucosa fisiológica y 70 pacientes (70 %) presentaron alteraciones de estomatitis subprótesis.

TABLA 1. Relación de pacientes según el estado de la mucosa

Estado de la mucosa	No.	%
Normal o fisiológica	30	30,0
Alterada	70	70,0
Total	100	100

En la tabla 2 se muestra el número de pacientes (70) con mucosa palatina alterada relacionados con el grado de la lesión, donde se observó que el 44,3 % presentó lesiones grado II, que fue la frecuencia más alta, y le siguió en orden decreciente el grado I con el 34,3 % (24 pacientes) y el grado III con 15 pacientes, para el 21,4 %.

**TABLA 2. Pacientes con mucosa bucal alterada en relación con el grado clínico de la lesión**

Grado clínico	No.	%
Grado I	24	34,3
Grado II	31	44,3
Grado III	15	21,4
Total	70	100,0

En la tabla 3 se describe la ubicación de la lesión. Su localización se destacó preferentemente en la zona media en 31 pacientes (44,3 %), seguido del 34,3 % (24 pacientes) en la zona posterior, 6 pacientes en la zona anterior para el 8,6 % y 9 pacientes en la zona mixta (12,8 %).

**TABLA 3. Pacientes con mucosa bucal alterada en relación con la ubicación de la lesión**

Zona de ubicación	No.	%
Anterior	6	8,6
Media	31	44,3
Posterior	24	34,3
Mixta	9	12,8
Total	70	100,0

La tabla 4 muestra el grado de la lesión relacionado con su localización. Se observa que el grado I se localizó preferentemente en la zona posterior en 14 pacientes, para el 58,3 %, el resto, 1 paciente en la zona anterior y 9 en la zona media.

**TABLA 4. Pacientes con mucosa bucal alterada según grado clínico y zona de ubicación de la lesión**

Grado clínico	Zona anterior		Zona media		Zona posterior		Mixta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Grado I	1	4,2	9	37,5	14	58,3	0	0,0	24	100
Grado II	3	9,6	18	58,0	8	25,9	2	6,5	31	100
Grado III	2	13,3	4	26,7	2	13,3	7	46,7	15	100
Total	6	8,5	31	44,3	24	34,3	9	12,9	70	100

La lesión grado II, la más frecuente en el estudio, se localizó en 18 pacientes (58 %), preferentemente en la zona media, el resto, 3 en la zona anterior y en 2 pacientes en la zona mixta. Las lesiones grado III preferentemente se localizaron en zona mixta en 7 pacientes, para el 46,7 %, 4 en zona media y 2 pacientes en zona anterior y posterior, respectivamente.

Teniendo en cuenta el hábito de uso de la prótesis, se destaca en la tabla 5 que 62 pacientes (88,6 %) mostraron la mucosa alterada y expresaron tener un hábito de uso continuo de la prótesis, considerando esto como un agravante de la lesión.

Relacionando el grado de la lesión con el hábito de uso, según se muestra en la tabla 6, se concluye que el uso continuo de la prótesis provoca y agrava la lesión en cualquier grado.

Al observar la zona de ubicación de la lesión con el hábito de uso de la prótesis en los pacientes con mucosa afectada, según se muestra en la tabla 7, podemos apreciar que el uso continuo influyó casi determinadamente en la localización de la lesión considerando la mayor frecuencia en la zona media con 25 pacientes (80,6 %) y en la zona posterior con 22 pacientes.

Teniendo en cuenta estos 3 aspectos: grado de la lesión, localización y el hábito de uso continuo, según se muestra en la tabla 8, se observa que el grado I se localiza preferentemente en la zona posterior con 12 pacientes (50 %), el grado II en la zona media con 12 pacientes (38,8 %) y el grado III en la zona mixta con 7 pacientes (46,6 %).

**TABLA 5. Pacientes según el estado clínico de la mucosa bucal y el hábito de uso de la prótesis**

Estado de la mucosa	Continuo		Discontinuo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Normal o fisiológica	13	43,4	17	56,6	30	100
Alterada	62	88,6	8	11,4	70	100
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>75,0</b>	<b>25</b>	<b>25,0</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**TABLA 6. Pacientes con mucosa bucal alterada según grado clínico de la lesión y hábito de uso**

Grado clínico	Continuo		Discontinuo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Grado I	19	79,2	5	20,8	24	100
Grado II	30	96,8	1	3,2	31	100
Grado III	13	86,7	2	13,3	15	100
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>88,6</b>	<b>8</b>	<b>11,4</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**TABLA 7. Pacientes con mucosa bucal alterada según zonas de ubicación de la lesión y el hábito de uso de la prótesis**

Zonas de ubicación	Continuo		Discontinuo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Anterior	6	100	0	0	6	0
Media	25	80,6	6	19,4	31	100
Posterior	22	91,6	2	8,4	24	100
Mixta	9	100,0	0	0	9	100
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>88,6</b>	<b>8</b>	<b>11,4</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**TABLA 8. Pacientes con mucosa bucal alterada en relación con el grado clínico de la lesión, zona de ubicación y al hábito de uso de la prótesis**

Grado clínico	Hábito de uso continuo							
	Zonas de ubicación							
	Anterior		Media		Posterior		Mixta	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Grado I	1	4,2	9	37,5	12	50,0	0	0
Grado II	3	9,6	12	38,8	8	25,8	2	6,4
Grado III	2	13,4	4	26,6	2	13,4	7	46,6
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>8,5</b>	<b>25</b>	<b>35,8</b>	<b>22</b>	<b>31,5</b>	<b>9</b>	<b>12,8</b>

## Discusión

Algunos autores plantean que la prevalencia de esta patología es variada. *Catalán*<sup>2</sup> describe el 40 %, *Llikhonen*<sup>11</sup> da valores del 43 % y otros autores<sup>1</sup> describen desde el 43 hasta el 67 %. La prevalencia en nuestro trabajo alcanzó el 70 %, tal como se muestra en la tabla 1.

Como se observa en la tabla 3, en nuestro estudio la lesión se localizó con mayor frecuencia en la zona media y posterior, para el 44,3 y 34,3 %, respectivamente, lo cual concuerda con autores que plantean que probablemente se deba a presiones excesivas en estas zonas, producto de prótesis con mala adaptación, y que este trauma es la causa específica del bloqueo mecánico de los conductos excretores de las glándulas palatinas al nivel del *post damming*.

Los grados I y II de la lesión se presentan con mayor frecuencia. En nuestro estudio fue más significativa la estomatitis grado II, como pudimos apreciar en la tabla 4.

El hábito de uso continuo fue significativo, influyó tanto en los grados clínicos de las lesiones como en las zonas de ubicación, como muestran las tablas 5-8. Apare-

ce con mayor frecuencia en la zona media, lo que coincide con lo planteado por estudios de diferentes autores,<sup>2,3,7,9</sup> que al usar las prótesis las 24 horas sin descansar, se provoca la degeneración de las glándulas salivales palatinas y disminuye el flujo salival, lo cual agrava más la lesión.

Otros autores con los cuales coincidimos por nuestros resultados<sup>1,9,17</sup> comprobaron que al estar la papila incisiva comprimida constantemente, el aporte sanguíneo y venoso se interrumpe, lo que sumado a las cargas inadecuadas de una prótesis desajustada, así como la proliferación de la *Candida albicans* patógena, contribuyen a las irritaciones de la bóveda palatina.

Haciendo un análisis general de los resultados mostrados en las tablas concluimos que:

1. La prótesis influye notablemente en la aparición de la lesión.
2. La estomatitis subprótesis grado II fue la más significativa en este estudio.
3. La localización preferente de la estomatitis subprótesis es en la zona media de la bóveda palatina.
4. El uso continuo de la prótesis es un factor que favorece la aparición de la lesión.

**SUMMARY:** 100 total maxillary edentulous patients and carriers of maladjusted dentures that received attention at the Prosthesis Service of the Faculty of Stomatology of the Higher Institute of Medical Sciences of Havana City were studied. The patients were examined and the palatal mucosa was directly observed in order to find macroscopic signs of denture stomatitis. Denture stomatitis was classified according to Newton's criteria. The zone of location of the injury was determined and information about the denture-wearing habit was obtained by interviewing the patients. 70% of the studied patients had an altered mucosa with a predominance of degree II denture stomatitis in 44.3 % and degree III, with less frequency, in 21.4 %. The injury was preferably located in the middle and posterior zone of the palatine vault, for 44.3 and 34.3 %, respectively. 31 patients had the injury in the middle zone for 44.4 %. Degree II denture stomatitis prevailed in this zone for 58 %, followed by 24 patients with injury in the posterior zone (34.2 %), where the degree I predominated (58.3 %). As to the denture-wearing habit, 70 of the 100 studied patients wore their denture continuously, whereas 25 wore it discontinuously. 62 of those who wore the prosthesis

all the time had altered mucosa and among them there was a predominance of degree II stomatitis (96.8 %) and the injuries were more frequent in the middle and posterior zones, for 80.6 and 91.6 %, respectively. On relating the continuous denture-wearing habit, the zone of location of the injuries and the degree of denture stomatitis, it was observed that in the middle zone the frequency of appearance of the injury was higher (35.8 %) and much lower in the anterior zone (8.5 %). The degree II injury prevailed in the middle zone, for 38.8 %, while the degree I injury predominated in the posterior zone, for 50 %.

**Subjec headings: STOMATITIS, DENTURE/etiology; MOUTH MUCOSA/injuries; DENTAL PROSTHESIS/adverse effects; CANDIDA ALBICANS; PALATE, SOFT/injuries; MOUTH, EDENTULOUS.**

## **Referencias bibliográficas**

1. Budtz JE, Bertham V. Denture stomatitis the etiology in relation to trauma and infection. *Act Odont Scand* 1970;28:71.
2. Catalán A. Estomatitis subprótesis. Descripción de un tratamiento. *Rev Asoc Odontol Argent* 1980;68:1,25-7.
3. Newton AV. Denture sore mouth. *Br Dent* 1989;33:250-7.
4. Saizar P. Proslotodoncia total. Patología paraprotética. Buenos Aires: Mundi, 1982:110-4.
5. Nefeld OJ. Las dentaduras y los tejidos bucales de soporte. *Clin Odont Norteam* 1980;24:15-23.
6. Shafer NG. Patología bucal. La Habana: Instituto del Libro, 1986:70.
7. Sheppard IM. Oral status of edentulous and complete dentures wearing patients. *J Am Dent Assoc* 1971;83:614-9.
8. Lambson GV. Papillary hiperplasia of the palate. *J Prosth Dent* 1976;16:635-45.
9. Budtz JE. The significance of *Candida albicans* in denture stomatitis. *Scand Dent Rev* 1980;82:151.
10. Cohen B. Fundamentos científicos de Odontología. La Habana: 1981:289-90 (Edición Revolucionaria).
11. Llikhonen M, et al. Prevalence of oral mucosal lesions associated with wearing removable dentures in finish adults. *Conn Dent Oral Epidemiol* 1984;12:191.
12. Tamber V. Denture plaque quiet destroyer. *J Prost Dent* 1987;48(6):647-52.
13. Jeganatham S. Lince dentures stomatitis a review of the etiology diagnosis and managements. *Aust Dent* 1992;50(43):163-9.
14. Jonhson PE. Proslotodoncia. Diagnóstico, planificación del tratamiento y pronóstico. *Clic Odont Norteam* 1986;3:525-9.
15. Wenbler S, Trudman S. Cirugía preprotética. Diagnóstico y tratamiento. Proslotodoncia total. La Habana: 1982:948-57 (Edición Revolucionaria).
16. Stabler C. Etiology and ocurrence of denture stomatitis. A review of literature. *Helv Odont Act* 1994;(28):187-92.
17. Budtz J, Jorgensen E, Carlino P. Amiconazole lacquer in the treatment of *Candida albicans*. Associated. Denture. Stomatitis. *Mycoses* 1994;37(3-4):131-53.
18. Rubler MR, Shay K. Use of new askay technique for quantification of antifungal activity of nystatin incorporated in denture tissues. *J Prosth Dent* 1994;71(5):517-24.
19. Bernal BA. Modificaciones en las proporciones de exfoliación celular en pacientes afectados por estomatitis subprótesis. *Rev Cubana Estomatol* 1993;30(1):1-6.

Recibido: 4 de octubre del 2000. Aprobado: 10 de noviembre del 2000.

Dra. *Victoria Carreira Piloto*. Facultad de Estomatología. Ave. Salvador Allende y calle G, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.