

**REPÚBLICA DOMINICANA  
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**TRABAJO FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE DOCTOR EN ODONTOLOGÍA  
MANEJO DE LESIONES REACTIVAS O INFLAMATORIAS ASOCIADAS AL USO  
DE PRÓTESIS DENTALES REMOVIBLES**

**Sustentantes**

Rachel Ruíz Ruíz 20-0639

**Docente Especializado y Titular**  
Dra. Helen Josefina Rivera Estaba

**Santo Domingo, DN.  
13 de Noviembre del 2023**

## Resumen

Las lesiones inflamatorias o reactivas al uso de prótesis dentales removibles se refieren a las afecciones que pueden desarrollarse en la cavidad oral como respuesta a la presencia y el uso de prótesis dentales que ocasionan una reacción en el tejido de la mucosa oral debido a la presión, fricción o irritación. Es fundamental comprender las causas subyacentes de estas lesiones para implementar estrategias de manejo efectivas para tratar estas manifestaciones. El presente trabajo de investigación determinará tiene un objetivo determinando el manejo de las lesiones reactivas o inflamatorias asociadas al uso de prótesis dentales removibles. Esta investigación es una revisión de literatura de tipo descriptivo no experimental, el cual se llevó a cabo a través de la búsqueda de estudios en bases de datos electrónicas como: Medscape, BMC Oral, JAMA, ScienceDirect, Elsevier y EBSCO. Entre las lesiones reactivas o inflamatorias asociadas al uso de prótesis dental removibles se encuentra la estomatitis protésica, queilitis angular, hiperplasia fibrosa inflamatoria, queratosis friccional, hiperplasia inflamatoria papilar, úlcera traumática y candidiasis. La eficacia del tratamiento depende de factores como la higiene bucal y el estado de las prótesis dentales. Existen una gran variedad de alternativas para manejar las lesiones como los fármacos, terapia fotodinámica, incorporación de nanopartículas y parches de hidrogel entre otros. Se debe enfatizar la importancia de las consultas de seguimiento de los tratamientos protésicos para detectar cualquier alteración que favorezca el desarrollo de este tipo de lesiones.

**Palabras clave:** Lesiones reactivas, prótesis dentales removible, inflamación, manejo, mucosa oral.

## **Abstract**

Denture-related oral mucosal lesions refer to conditions that may develop in the oral cavity in response to the presence and use of dentures that cause a reaction to the oral mucosal tissue due to pressure, friction or irritation. It is essential to understand the underlying causes of these lesions in order to implement effective management strategies to treat these manifestations. In the present work, the management of reactive or inflammatory lesions associated with the use of removable dental prosthesis will be approached. This research is a non-experimental descriptive literature review, which was carried out through the search of literature in electronic databases such as: Medscape, BMC Oral, JAMA, ScienceDirect, Elsevier and EBSCO. Among the reactive or inflammatory lesions associated with the use of removable dental prostheses are prosthetic stomatitis, angular cheilitis, inflammatory fibrous hyperplasia, frictional keratosis, papillary inflammatory hyperplasia, traumatic ulcer and candidiasis. The efficacy of treatment depends on factors such as oral hygiene and the condition of dentures. There are a variety of alternatives to manage lesions such as drugs, photodynamic therapy, incorporation of nanoparticles and hydrogel patches. The importance of follow-up treatment is emphasized.

**Keywords:** Reactive lesions, Removable dental prostheses, inflammation, management, oral mucosa.

## **Agradecimientos y Dedicatoria**

A lo largo de mi travesía en la carrera de Odontología, me siento increíblemente afortunada por el apoyo inquebrantable proveniente de diversas fuentes, cada una de ustedes siendo los pilares sólidos que han sostenido mi camino.

A mi familia, cuyo amor incondicional, consejos y respaldo han sido mi ancla desde que nací. A mis amados padres, Ibett Hernandez y Rene Ruiz, les agradezco sinceramente por ser la fuente de mi fortaleza y por acompañarme con amor y comprensión en cada paso de este desafiante viaje. Este trayecto no ha sido fácil, pero con su apoyo, he encontrado la fortaleza para seguir adelante. A mi hermana, Chavely Ruiz, mi hermana, maestra y amiga, le agradezco por ser mi confidente y mi compañera de risas y lágrimas a lo largo de la vida.

A mis queridas amistades, Fabiola, Monica, Claritza, Jabez, Amanda, Wendy, Kevin, Camila y Joyce, les agradezco profundamente por crecer juntas y crear nuevas fortalezas en mi vida personal y profesional. Su presencia ha llenado de color y calidez cada etapa de mi formación. Gracias por estar a mi lado, por celebrar mis éxitos, mis momentos bajos y ser un apoyo constante en los momentos desafiantes.

A los doctores que han compartido generosamente sus experiencias, conocimientos y tiempo, agradezco por ser mis docentes y la base de mi formación. En prótesis, al Dr. Vicioso; en periodoncia, a la Dra. Yunes; y en cirugía, a la Dra. Rozón, agradezco sus enseñanzas y guía que han moldeado mi perspectiva y habilidades.

Un agradecimiento especial a mi doctora titular, la Dra. Helen Rivera, quien aceptó el desafío de supervisar. A través de su docencia, puede pulirme como investigadora de maneras que no hubieran sido posibles sin su dedicación y orientación.

Al concluir esta etapa académica, sé que estoy saliendo de debajo de los docentes que siempre me guiaron, pero llevo conmigo las valiosas herramientas necesarias para contribuir a la comunidad como agente de la salud pública. Esta carrera no se completa sola; es un esfuerzo colectivo que se ha tejido con los consejos, orientación y la presencia de las personas a mi alrededor. Muchas gracias por ser parte integral de esta significativa etapa de mi vida

## Index

<b>Resumen</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>Agradecimientos y Dedicatoria</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Introducción</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Planteamiento del problema</b> .....	<b>8</b>
2.1 Preguntas de investigación.....	9
<b>3. Objetivos del estudio</b> .....	<b>10</b>
3.1 Objetivo general.....	10
3.2 Objetivos específicos.....	10
<b>4. Marco Teórico</b> .....	<b>11</b>
4.1 Lesiones reactivas asociadas al uso de prótesis dentales removibles.....	11
4.2 Revisión de la literatura.....	16
4.2.1 Concepto de prótesis dentales.....	16
4.2.2 Concepto de prótesis dentales removibles.....	16
4.2.3 Lesiones reactivas o inflamatorias asociadas al uso de prótesis dentales.....	18
1. Estomatitis protésica.....	19
2. Queilitis angular.....	22
3. Hiperplasia fibrosa inflamatoria.....	23
4. Queratosis friccional.....	24
5. Hiperplasia inflamatoria papilar.....	26
6. Úlcera traumática.....	27
7. Úlcera traumática eosinofílica.....	29
8. Candidiasis Oral.....	30
<b>5. Marco Metodológico</b> .....	<b>32</b>
5.1 Diseño y tipo de investigación.....	32
5.2 Estrategias para la búsqueda de información.....	32
5.3 Criterios de inclusión.....	33
5.4 Criterios de exclusión.....	33
5.5 Selección de palabras clave.....	33
<b>6. Discusión</b> .....	<b>34</b>
<b>7. Conclusión</b> .....	<b>39</b>
<b>8. Recomendaciones</b> .....	<b>40</b>

## 1. Introducción

La pérdida de piezas dentales puede ser el resultado de las caries o de enfermedad periodontal, aunque por igual influye el paciente, la accesibilidad a la atención odontológica y a los estándares de cuidado. Estos factores producen con gran frecuencia edentulismo, que puede ser parcial o total, que corresponde al estado dental más prevalente en los adultos mayores.<sup>1</sup>

El reemplazo de dientes perdidos con dispositivos protésicos de forma removible permite restaurar la función del sistema estomatognático, dando estabilidad mandibular y evitando la degradación del resto de las estructuras dentales. Debido a que las prótesis parciales removibles se sujetan a algunos dientes naturales mediante mecanismos no rígidos, o descansan sobre la cresta ósea, esto puede ocasionar lesiones que afectan la integridad de la mucosa bucal.<sup>2</sup>

De igual forma el tejido óseo de soporte cambia de forma con el tiempo, lo que hace que estos dispositivos sean inapropiados y se vuelvan potencialmente causales de lesiones en la mucosa. El desajuste protésico produce irritación mecánica de la mucosa de sostén e inicia un proceso inflamatorio crónico que puede resultar en el desarrollo de tejido fibroso hiperplásico. Entre las causas asociadas a la aparición de lesiones mucosas se encuentran el envejecimiento, los traumatismos, los fármacos, los trastornos sistémicos y la falta de limpieza de las prótesis dentales removibles, todo lo cual puede crear condiciones para su aparición.<sup>3</sup>

La presencia de estas lesiones afecta la salud de las personas. Esto se debe a que son progresivas y favorecen trastornos fisiológicos complejos que pueden afectar el estilo de

comer, la forma de comunicarse, el aspecto, pudiendo por igual producir dolor y molestias. Por lo anteriormente descrito es por lo que surge la presente revisión literaria, la cual tiene como objetivo determinar el manejo de las lesiones de tipo reactivo o inflamatorias que se asocian al uso de prótesis dentales removibles.

## 2. Planteamiento del problema

Las lesiones en la mucosa bucal, de igual manera que las enfermedades, afectan la salud general del individuo, son progresivas, acumulativas y tienen consecuencias fisiológicas aún más complejas, ya que pueden llegar a afectar la capacidad de comer, el tipo de alimentos que se elige, el aspecto y la forma de comunicarse, las mismas también son molestas y en ocasiones dolorosas para los pacientes. Los hábitos de uso incorrectos como los son el uso continuo de la prótesis las 24 horas del día y la incorrecta limpieza de la misma, han demostrado estar íntimamente asociados con la presencia de inflamación en la mucosa bucal, paladar y tejidos blandos en contacto con la prótesis.<sup>4</sup>

Las prótesis removibles constituyen una alternativa para la pérdida de la dentadura, pero, aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos propiciados por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, tejidos de soporte y, en especial, la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud para las personas y para la sociedad.<sup>5</sup>

Datos refieren que en México un 40% de la población mayor de 60 años es desdentada y utiliza prótesis removibles. La falta de higiene en las prótesis y en la cavidad bucal aumenta el riesgo de padecer enfermedades causadas por microorganismos, con mayor incidencia de enfermedad por *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus mutans*.<sup>6</sup>

Cuando se analizan los casos de pacientes que reciben atención protésica, específicamente las de tipo removibles, resulta complicado, ya que la mayor parte de estos son adultos en edad avanzada, que han perdido parte o todos sus dientes.<sup>7</sup> En esta población

se destaca de igual forma lo expuesto por en un estudio en 2008 donde se reporta que la mayoría de los pacientes estudiados desconocen el protocolo de higiene que deben llevar a cabo para mantener en buenas condiciones sus dentaduras removibles.<sup>8</sup>

Teniendo en cuenta todo lo antes expuesto es por lo que surge la iniciativa a la que se desea hacer frente con esta investigación, debido al interés académico de proveer información relevante y significativa de esta problemática que aquejan de forma frecuente a los pacientes usuarios de prótesis dentales removibles. Además, esta revisión literaria desea brindar información de interés tanto para los profesionales y especialistas como a los estudiantes que se encuentran en formación, pudiendo así, tratar e identificar lesiones que se producen en la clínica de los pacientes ya mencionados.

## **2.1 Preguntas de investigación**

1. ¿Cuál es el manejo ideal de los pacientes que acuden a la consulta odontológica con lesiones de tipo inflamatorias o reactivas en la cavidad oral y por qué es importante identificarlas cuando son usuarios de prótesis dentales removibles?
2. ¿Cuáles son las principales lesiones intraorales reactivas o inflamatorias presentes en los pacientes usuarios de prótesis dentales removibles?
3. ¿Qué factores son ideales en la prevención de lesiones reactivas o inflamatorias en los usuarios de prótesis dentales removibles?
4. ¿Cuál es la etiología y el desarrollo de lesiones reactivas o inflamatorias en los pacientes usuarios de prótesis dentales removibles?

### **3. Objetivos del estudio**

#### **3.1 Objetivo general**

Planificación del manejo de lesiones reactivas o inflamatorias asociadas al uso de prótesis dentales removibles.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Conocer el manejo ideal de los pacientes que acuden a la consulta odontológica con lesiones de tipo inflamatorias o reactivas.
2. Identificar las principales lesiones intraorales reactivas o inflamatorias que se presentan en los pacientes usuarios de prótesis dentales removibles.
3. Explicar los factores ideales que influyen en la prevención de las lesiones reactivas o inflamatorias en usuarios de prótesis dentales removibles.
4. Describir la etiología y el desarrollo de lesiones reactivas o inflamatorias en los pacientes usuarios de prótesis dentales removibles.

## **4. Marco Teórico**

### **4.1 Lesiones reactivas asociadas al uso de prótesis dentales removibles**

Las prótesis dentales presentan altas tasas de éxito y los resultados tienden a mantenerse exitosos durante años. La mayoría de los estudios longitudinales han reportado tasas de efectividad de alrededor del 90% al 95% durante períodos de 5 a 10 años. Sin embargo, este tratamiento no está exento de complicaciones biológicas como la mucositis, periimplantitis o resultados adversos.<sup>9</sup> El tipo de lesiones inflamatorias que pueden desarrollarse en los tejidos alrededor de los implantes se conocen como lesiones periimplantarias. Mientras que la mucositis se define como una inflamación de la mucosa periimplantaria con ausencia de pérdida ósea marginal, la periimplantitis es una condición patológica que se presenta en los tejidos periimplantarios, que se caracteriza por la inflamación de la mucosa periimplantaria y pérdida progresiva del hueso de soporte.<sup>10</sup>

Se ha evidenciado una fuerte asociación entre la odontología protésica y la periodoncia, ya que la salud periodontal tiene un papel importante en la longevidad de las restauraciones dentales fijas. A su vez las prótesis defectuosas pueden contribuir a la progresión de las enfermedades periodontales. El acabado final de la restauración protésica también afecta el desarrollo de la biopelícula, ya que el aumento de la rugosidad de la superficie crea un entorno favorable para el crecimiento microbiano. Por lo tanto, es importante un buen acabado superficial de la prótesis a partir de una técnica de fabricación adecuada. Para lograr un resultado exitoso del tratamiento, los prostodoncistas y los periodoncistas deben colaborar para aumentar la longevidad de la restauración y mejorar la salud periodontal, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes dentales.<sup>11</sup>

En el 2018, se llevó a cabo un estudio donde se evidenció una prevalencia del 51% de enfermedades periimplantarias en la población española, lo que sugiere que uno de cada dos implantes colocados desarrollará patologías periimplantarias.<sup>12</sup> Es de vital importancia tener en cuenta los factores de riesgo que desencadenan estas enfermedades como los antecedentes previos de periodontitis y el mantenimiento e higiene bucal inadecuado por los pacientes, las cuales son indicadores de periimplantitis. Sin embargo, existen otros factores con evidencia limitada en la literatura como el tabaquismo, la presencia de al menos 2 mm de mucosa queratinizada, características protésicas o factores genéticos como el polimorfismo genético interleucina 1 (IL-1).<sup>8,9</sup>

La etiología de las reacciones periodontales nocivas en presencia de prótesis removibles son compleja y multifactorial. Los principales factores predisponentes declarados en la literatura para tales lesiones son la edad, el género, el grado de higiene oral, la salud general, la duración del uso de prótesis, la mala retención y estabilidad de la prótesis. Las prótesis dentales están hechas para pacientes de edad avanzada que a menudo como resultado de una enfermedad sistémica experimentan problemas con los movimientos más finos de la mano y, por lo tanto, tienen dificultad para mantener la higiene bucal. Las defensas del sistema inmunitario también se debilitan debido a la edad y las enfermedades sistémicas como la Diabetes Mellitus por lo que resultan en lesiones de la mucosa oral relacionadas con la prótesis dentales causadas por patógenos oportunistas más comúnmente como *Candida albicans*. Cuando los pacientes usan prótesis dentales no solo durante el día sino también por la noche, aumentan adicionalmente la incidencia potencial de lesiones de la mucosa oral relacionadas con la prótesis dentales debido a la falta de acción protectora de la saliva sobre la mucosa oral.<sup>13</sup>

Por lo que el objetivo del tratamiento debe estar dirigido a la resolución de la inflamación, la preservación del hueso de soporte, la recuperación del hueso perdido mediante tratamiento regenerativo. Clásicamente se han sugerido varias modalidades terapéuticas para el tratamiento de las enfermedades periimplantarias como el tratamiento quirúrgico que consiste en desbridamiento mecánico, dispositivos láser, solos o combinados con agentes antisépticos y/o antibióticos. El tratamiento quirúrgico, además del desbridamiento de los tejidos periimplantarios, consiste en aplicar técnicas quirúrgicas regenerativas que han demostrado una mayor eficacia en cuanto a la resolución de la enfermedad tal y como demuestran estudios preclínicos y clínicos.<sup>14</sup>

Ogunrinde y Olawale establecieron en su estudio transversal realizado en Nigeria que 41.3% de los participantes habían utilizado una prótesis dental por menos de cinco años mientras que el 25.0% la ha utilizado por más de 15 años. De los cuales un 51.9% de los casos se quitaban la prótesis dental por las noche antes de dormir mientras que el 25.0% nunca se retira la prótesis. Se observó que el 84.6% de los individuos presentaban acumulación de placa leve en la prótesis y un 15.4% tenían una acumulación moderada a grave que se consideran como prótesis evaluadas sucias. Al evaluar la cavidad bucal, el 13.5% de los casos tenían lesiones en la mucosa oral como resultado de la prótesis dentales y el sitio más frecuente de afección fue el surco labial inferior en el 50.0% y el 35.7% ocurrieron en el surco labial superior. La ulceración de mucosas fue la lesión más frecuente y la menor fue la hiperplasia papilar. La causa más común de lesiones fue la sobreextensión del borde de la dentadura que afectó al 57,1% de los participantes, seguida por un alivio inadecuado sobre el área ósea que afectó en el 28,6% individuos.<sup>15</sup>

En un estudio relacionado con Mayorga y Álvarez en una población de Riobamba en Ecuador con el objetivo de determinar la incidencia de las principales patologías orales en

pacientes geriátricos se pudo evidenciar que el 53% de estos casos se caracterizaban por presentar edentulismo parcial y en un 47% de los casos total, por lo que requieren el uso de prótesis dental que en un 23% de los pacientes le ocasionó una estomatitis protésica en la mucosa oral debido al uso de prótesis desajustadas, mala higiene de los aparatos e infecciones bacterianas que se alojan en dichos dispositivos.<sup>16</sup>

Se realizó un estudio prospectivo transversal en una clínica de especialización de estomatología en el estado de Río de Janeiro con una muestra de 598 pacientes que utilizaban prótesis removibles. De los cuales el 81% eran mujeres y presentaron una edad promedio de 62 años. El 71% de los pacientes no presentaban lesiones asociadas al uso de prótesis removible y solo un 29% si tenía alguna manifestación clínica. Se evidenció una asociación con significancia estadística entre el uso de prótesis y la aparición de lesiones ( $p < 0,001$ ). Con respecto al tipo de prótesis removible se observó que las prótesis totales fueron la más frecuente en el 43% de los casos estudiados, de los cuales 4% eran de prótesis total inferior, 32% prótesis total superior e inferior y un 8% con prótesis parcial superior.<sup>17</sup>

El tiempo medio de uso de las prótesis removibles fue de 17 años y en cuanto a la localización anatómica, la mayor prevalencia de lesiones por prótesis se presentó en el paladar con un 48% de los individuos, seguido del reborde alveolar superior con 19% y reborde alveolar inferior con 13%. De las lesiones estudiadas, la más frecuente fue la hiperplasia fibrosa inflamatoria seguido por la candidiasis eritematosa y las úlceras traumáticas. En menor frecuencia se observaba la queratosis friccional, hiperplasia papilar inflamatoria, candidiasis pseudomembranosa y estomatitis protésica.<sup>18</sup>

El manejo de la mayoría de los casos de lesiones reactivas asociadas al uso de prótesis dentales requiere un plan de tratamiento integral que se inicie mediante la identificación de los factores predisponentes. Por lo tanto, los médicos siempre deben comenzar con la

eliminación de los defectos de la dentadura, las instrucciones sobre el control de la placa dental y el uso discontinuo de la dentadura durante la noche. Sin embargo, existe una gran cantidad de literatura sobre diferentes protocolos de manejo, lo que resulta confuso para el dentista general en caso de que intente buscar una receta de tratamiento.<sup>19</sup>

Los acondicionadores de tejidos se utilizan para refrescar la mucosa traumatizada que subyace a las dentaduras postizas mal ajustadas como tratamiento temporal, mientras que los revestimientos blandos se pueden utilizar con el mismo propósito durante un período de tiempo más prolongado. Con respecto a los revestimientos de prótesis dentales, Skupien et al. sugirió que el hipoclorito de sodio al 0,5 % puede ayudar a desinfectar los revestimientos de las dentaduras postizas y los acondicionadores de tejidos. Además, la incorporación de nistatina a los materiales de revestimiento de las dentaduras fue capaz de tratar o prevenir la candidiasis oral. Sin embargo, los autores afirmaron que no había pruebas suficientes para recomendar un método ideal para limpiar estos materiales. Otros autores reportaron la eficacia de incorporar antifúngicos orgánicos convencionales (nistatina, derivados del grupo azol y clorhexidina), antimicrobianos/antifúngicos distintos de los orgánicos (zeolita de plata, nanopartículas de plata, fotocatalizadores y óxidos metálicos) y antimicrobianos naturales y herbales (té aceite de árbol, aceite esencial de limoncillo y aceite de orégano) en muchos acondicionadores de tejidos con efectos mínimos o nulos sobre las propiedades físicas y mecánicas de los materiales.<sup>20</sup>

## **4.2 Revisión de la literatura**

### **4.2.1 Concepto de prótesis dentales**

Una prótesis dental es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía y funcionalidad de una o varias piezas dentarias permitiendo restablecer la masticación, la deglución, el habla y la estética de los pacientes. Las prótesis se fabrican y diseñan a la medida del paciente e imitando la forma, tamaño y color de la dentadura original para obtener un resultado que sea lo más estético posible. La prostodoncia ofrece una rehabilitación oral con prótesis de tipo removible o fija. A su vez las dentaduras removibles pueden ser prótesis totales removibles (PTR) o prótesis parciales removibles (PPR) y su elaboración depende directamente de la brecha edéntula que se pretende rehabilitar. Las prótesis removibles son utilizadas con más frecuencia en los pacientes debido a que tienden a ser económicamente más accesibles, permiten mantener una higiene bucal adecuada y tienden a presentar menos problemas biomédicos relacionados con el soporte y la retención de dicha estructura.<sup>21</sup>

### **4.2.2 Concepto de prótesis dentales removibles**

Las prótesis dentales removibles son aquellas prótesis que están concebidas para sustituir a las piezas ausentes o que se han perdido. Las mismas se pueden extraer de la boca cuando el usuario lo necesite y son adecuadas para las personas que no reúnan las condiciones requeridas para colocarse implantes dentales, bien sea porque su hueso no se lo permite o por cualquier otra razón. La rehabilitación de un paciente con prótesis dental removible consta de un proceso adaptativo que conlleva a una serie de cambios sistémicos y locales, de lo cual dependerá el éxito del tratamiento. En función del número de dientes perdidos se diferencia entre prótesis parciales y prótesis completas.

La prótesis completa removible es una modalidad de prótesis que está diseñada para reemplazar la totalidad de las piezas dentales naturales del pacientes que se han perdido del arco superior, inferior o ambas permitiendo mejorar la calidad de vida del paciente. Estas prótesis, a diferencia de las prótesis removibles parciales, son necesarias cuando el paciente pierde la totalidad de las piezas dentarias debido a que adquiere unas facies característica que afectan la anatomía normal como la pérdida de la altura del rostro, mentón pronunciado, profundización del surco naso-labial, disminución del espesor del bermellón de los labios rojos y la caída de la comisura labial.<sup>22</sup>

Las prótesis parciales removibles son aquellas prótesis que sustituyen parcialmente las piezas ausentes del paciente. Estas continúan siguiendo una de las formas más comunes de tratamiento para la dentición severa y moderada. Estas se pueden diferenciar de acuerdo al tipo de elementos de anclaje que las adhieren a las piezas dentales remanentes como barras, ganchos, ataches de precisión o coronas dobles. Debido a esto se pueden fabricar con una gama de elementos que van desde técnicas sencillas y menos invasivas hasta estructuras complejas e invasivas. Por lo que el éxito a largo plazo de las restauraciones y del tratamiento a largo plazo depende de parámetros técnicos como biológicos. Para detener el tratamiento de la edentulismo parcial se realiza un estudio de las diferentes opciones que se pueden abordar por dichas ausencias. La clasificación más utilizada es la propuesta por Edward Kennedy en el año 1925 que establece los siguientes criterios:

- Clase I: Áreas edéntulas bilateral posterior (existen sillas libres posteriores en ambos lados de la arcada. La prótesis no tiene apoyo dental por distal).
- Clase II: Área edéntula unilateral posterior (existe una sola silla libre posterior y las prótesis tienen apoyo dental distal solo en un lado de la arcada).

- Clase III: Área edéntulas unilateral o bilateral con pilar posterior (además el apoyo de la prótesis es totalmente dental).
- Clase IV: Área edéntula única bilateral o unilateral que cruza la línea media (el espacio edéntulo se encuentra en el sector anterior).<sup>23</sup>

#### **4.2.3 Lesiones reactivas o inflamatorias asociadas al uso de prótesis dentales**

La mucosa bucal posee respuestas patológicas que se conocen como lesiones elementales y son capaces de caracterizar a las enfermedades mucocutáneas, produciéndose como consecuencia de agresiones por agentes externos o pueden ser la manifestación de una enfermedad sistémica. Las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, con un promedio de edad de 60 años. Estas se pueden clasificar en primarias o secundarias. Las primarias son aquellas que se asientan sobre una mucosa previamente sana. Las cuales se pueden modificar, ya sea espontáneamente o por acción de distintos agentes que dan origen a las lesiones secundarias. Una de las causas que se reconoce es el trauma ocasionado por la prótesis debido a su higiene, una reacción irritante o alergia al material en la elaboración de la misma, factores dietéticos, infección micótica y factores sistémicos.<sup>24</sup>

Las lesiones bucales reactivas asociadas con el uso de prótesis dentales se pueden clasificar en dos grupos: agudas o crónicas. Las lesiones bucales agudas son aquellas que se originan por el uso de prótesis nuevas y mal ajustadas que producen una presión excesiva sobre tejidos blandos, lo que provoca dolor, ulceración e isquemia arterial. A diferencia de las lesiones bucales crónicas que se deben a una variación gradual del tejido de soporte debido a que las prótesis removibles desajustadas se tornan inestables, ocasionando leves roces sobre el tejido que procederá a un proceso inflamatorio crónico. Entre las primeras lesiones se encuentran: pápulas, máculas, placas, ampollas, nódulos, vesículas y pústulas

mientras que en las segundas se pueden clasificar en: erosiones, úlceras, fisuras, escoriaciones, atrofas, esclerosis, costras y escamas.<sup>25</sup>

Las lesiones reactivas son aquellas que resultan de una irritación crónica de la mucosa bucal o de un traumatismo mecánico accidental. Estas pueden ocasionar presentaciones clínicas variadas que van desde las lesiones reactivas tipo ulcerativas, tipo placas, hasta tipo neoplásicas. Entre las principales lesiones reactivas se pueden citar:

### **1. Estomatitis protésica**

La estomatitis protésica constituye una inflamación crónica de la mucosa oral del paladar que resulta del contacto de ésta con una prótesis dental removible y que afecta principalmente a la población de edad avanzada. Generalmente se manifiesta como un área eritematosa brillante con intensidades variables en la membrana mucosa palatina debajo de la base acrílica de aparatos protésicos removibles. Esta puede deberse al trauma, la mala higiene de la prótesis, así como irritación y alergia al material del dispositivo. Por lo general esta condición puede ser asintomática pero en algunos pacientes se puede manifestar con halitosis, ardor, sensación dolorosa, sangrado, xerostomía, disgeusia e inflamación de la mucosa de soporte.<sup>26</sup>

Los estudios epidemiológicos han indicado una tasa de prevalencia del 15 al 70% de los usuarios de prótesis dentales. Estas tasas de prevalencia se ha atribuido a la diversidad de poblaciones estudiadas; sin embargo se ha reportado una alta tasa de prevalencia en mujeres y en personas mayores de 60 años. Es importante destacar que la zona afectada no es sensible al tacto y en casi todos los pacientes la entidad permanece desconocida debido a su naturaleza asintomática de la lesión.<sup>26,27</sup>

A pesar de la elevada tasa de prevalencia de esta entidad, la etiología de la estomatitis protésica es algo controvertida debido a que diversos estudios establecen que posee una patogénesis compleja y multifactorial. Se ha deducido que la infección por *Candida albicans* es el principal agente etiológico y se ha correlacionado con la incidencia de la estomatitis protésica en diversos estudios. Algunos estudios han establecido que el uso continuo y las horas de dentaduras postizas es un factor etiológico local implicado en la patogénesis de esta condición. Las prótesis removibles fabricadas con defectos tienden a tener muchas porosidades en su base acrílica lo que favorece la adhesión de *C. albicans* y dificulta el mantenimiento de la higiene de la misma. Otro aspecto a evaluar es la frecuencia anual de visitas al dentista por parte de los pacientes portadores de prótesis dentales y el número de años transcurridos desde la fabricación de la prótesis. A su vez diversos estudios sobre la etiología de la estomatitis protésica han indicado que la diabetes mellitus y el tabaquismo podrían desempeñar un papel en la inducción de la lesión.<sup>28</sup>

Según una clasificación propuesta por Newton en 1962, la estomatitis protésica se divide en tres tipos en función de las características clínicas:

1. Estomatitis protésica tipo I: Es aquella donde se observan áreas hiperémicas o puntos eritematosos localizados en la cavidad bucal.
2. Estomatitis protésica tipo II: Se observa una mucosa de aspecto eritematoso, atrófico y liso, con una inflamación amplia y difusa en relación con la zona de contacto de la prótesis dental.
3. Estomatitis protésica tipo III: Es aquella donde se observa una lesión inflamatoria de carácter crónica en la mucosa y se caracteriza por una hiperplasia papilar.<sup>29</sup>

**Figura 1:** *Clasificación de Newton para la estomatitis protésica. A) Estomatitis protésica tipo I, B) Estomatitis protésica tipo II y C) Estomatitis protésica tipo III.*



Fuente: Grover C, Dhawan P, Mehta D, Nautiyal M. “Denture Stomatitis - a review”. JPID-Vol-05-Issue-02 - IPS Kerala: Indian Prosthodontic Society Kerala State Branch

El tratamiento de la mayoría de los casos de estomatitis por prótesis dental requiere un plan de tratamiento integral iniciado mediante la identificación de los factores predisponentes, por lo tanto, los médicos siempre deben comenzar con la eliminación de los defectos de la prótesis, las instrucciones sobre el control de la placa de la prótesis y el uso discontinuo de la prótesis durante la noche. Estudios previos mostraron que el miconazol se ha asociado con resultados favorables en el tratamiento de la estomatitis dental. Sin embargo, la evidencia muestra que el medicamento debe aplicarse en conjunto con enfoques de higiene adecuados sobre las prótesis de los pacientes afectados. En consecuencia, el medicamento estaría en contacto directo con la lesión que podría mejorar significativamente la curación y promover la cicatrización. A su vez se ha demostrado que se deben seguir administrando modalidades antifúngicas sistémicas cuando no hay signos clínicos de mejoría debido a que se reportó una respuesta positiva al tratamiento del 89% después de la aplicación oral de fluconazol.<sup>30</sup>

## 2. Queilitis angular

La queilitis angular es una lesión de la cavidad oral que se presenta como fisuras profundas y dolorosas, que en ocasiones está cubierta por una membrana de aspecto blanquecino en las comisuras labiales. La queilitis también puede estar asociada con numerosas afecciones o enfermedades, por ejemplo, deficiencias nutricionales, como anemia megaloblástica, deficiencia de vitamina B12, anemia por deficiencia de hierro, candidiasis oral, diabetes mellitus. En los pacientes con prótesis se puede observar una pérdida de la dimensión vertical por el desgaste de los dientes naturales o por la abrasión de los artefactos que facilitan un babeo comisural, constituyendo factores favorables microorganismos oportunistas y la formación de queilitis.<sup>31</sup>

La mayoría de los casos de queilitis angular se deben a una maceración física en las comisuras angulares debido a la sobreexposición a la saliva. Las enzimas digestivas de la saliva pueden actuar incluso sobre los tejidos del cuerpo si se les permite un contacto prolongado. La exposición continua a la saliva ocasiona una dermatitis de contacto y una reacción eccematosa en las comisuras. La integridad comprometida del epitelio del estrato córneo permite que organismos comensales locales ocasionen una infección en el área. Con frecuencia, la *Candida albicans* coloniza, invade el tejido susceptible y permite una sobreinfección bacteriana con especies de *estafilococos* y *estreptococos*. Por tanto, los factores de riesgo son aquellos que aumentan la retención de saliva en las comisuras, aumentan la exposición a los microbios culpables, causan inflamación directa del tejido o inhiben la curación de heridas y la inmunidad. El tratamiento consiste en antisépticos alcalinizantes si hay candidiasis se utilizan antifúngicos locales y en dependencia de la etiología se puede administrar hierro y vitaminas.<sup>32</sup>

**Figura 2:** *Aspecto de Queilitis angular*



Fuente: Hermann ZS. Angular cheilitis: Symptoms, causes, and management with images — DermNet. Dermnetz.org. 2022

### **3. Hiperplasia fibrosa inflamatoria**

HFI es una lesión benigna tipo exofítica del tejido conectivo denso que está cubierta por un epitelio escamoso estratificado. Histológicamente, la HFI se constituye de una masa de tejido conectivo hiperplásico con vasos sanguíneos dilatados, generalmente con células inflamatorias crónicas como linfocitos y células plasmáticas, aunque también puede estar formada por tejido conectivo sólido con un mínimo o ninguna célula inflamatoria. Su etiología está relacionada con el uso de la prótesis parciales o totales desajustadas y con otros factores traumáticos o irritativos. El traumatismo crónico puede inducir inflamación que

produce tejido de granulación con células endoteliales y células inflamatorias crónicas que posteriormente causan la proliferación de los fibroblastos. La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección, con eliminación de los irritantes locales para prevenir la recurrencia. Para lesiones hiperplásicas, se recomienda un enfoque conservador. Deben eliminarse los irritantes locales y en aquellas lesiones que no se resuelven deben extirparse quirúrgicamente. Es importante destacar que se requiere un seguimiento del paciente ya que la hiperplasia fibrosa inflamatoria tiene tendencia a recurrir.<sup>33</sup>

**Figura 3:** *Aspecto de la Hiperplasia fibrosa inflamatoria*



Fuente: Inflammatory Fibrous Hyperplasia: case report. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabilitación. 2021.

#### **4. Queratosis friccional**

Lesiones de color blanco que resultan de la acción mecánica o fricción del roce continuo de baja intensidad sobre la mucosa oral que produce una reacción de defensa del epitelio ocasionando un aumento de la capa de queratina. Estas lesiones blancas friccionales

no se desprenden al raspado y son asintomáticas. Se encuentra de manera especial en las zonas de roce, espacio o brechas edéntulas y en en zonas de oclusión dentaria. La irritación constante estimula la producción excesiva de queratina con cambios secundarios en el grosor y en el color de la mucosa afectada. Las características histológicas de la queratosis por fricción de la lengua, el labio o la mucosa bucal varían ligeramente en función del lugar de la biopsia. Se observa una hiperparaqueratosis marcada con una superficie de queratina desgñada o desmenuzada. El diagnóstico es clínico y se deben incluir como diagnóstico diferenciales otras lesiones de aspecto blanquecino como el liquen o en caso de lesiones bilaterales considerar leucoplasia. <sup>34</sup>

En la presentación clínica, la queratina superficial puede tener un aspecto macerado con fisuras y hendiduras. Las bacterias suelen estar presentes en la superficie queratínica en las biopsias de la lengua, pero no con tanta frecuencia en la mucosa bucal o labial. Aunque puede haber hifas de *Candida*, esto es poco frecuente y no está relacionado con la etiología subyacente. El epitelio presenta hiperplasia epitelial y es frecuente el edema intracelular en forma de células abombadas en la capa espinosa. Por lo general no hay inflamación en el tejido conjuntivo superficial, a excepción de los casos en los que hay ulceración secundaria. El objetivo del tratamiento es eliminar la fuente del traumatismo. Si la lesión no desaparece, es necesario realizar una biopsia y un examen histopatológico. <sup>35</sup>

**Figura 4:** *Presentación de la Queratosis friccional*



Fuente: Müller S. Frictional Keratosis, Contact Keratosis and Smokeless Tobacco Keratosis: Features of Reactive White Lesions of the Oral

## **5. Hiperplasia inflamatoria papilar**

La hiperplasia inflamatoria papilar es una lesión reactiva benigna de la mucosa oral que se caracteriza por el crecimiento de una o más lesiones papilares, que miden aproximadamente 2 mm o menos. La lesión afecta casi exclusivamente al paladar duro, sin embargo en raras ocasiones también se ha observado en la mandíbula. La lesión es mayoritariamente asintomática y el color de la mucosa puede variar del rosa al rojo. En general, se asocia con el uso de prótesis dentales superiores removibles. La lesión se puede clasificar en el tercer tipo de estomatitis protésica de acuerdo a la clasificación de Newton cuando se relaciona con prótesis removibles.<sup>36</sup>

Histopatológicamente, la lesión se ha descrito como proyecciones papilares cubiertas por epitelio escamoso estratificado con o sin inflamación crónica. Actualmente se ha reportado en diversas y extensas muestras histológicas que la lesión tiene un carácter predominantemente inflamatorio. La patogénesis no está clara, pero se han sugerido como posibles factores etiológicos los siguientes: dentaduras removible mal ajustadas, uso continuo de prótesis dentales durante el día y la noche, higiene bucal deficiente, sensibilidad a los revestimientos de las dentaduras postizas, tabaco, cambios relacionados con la edad y algunas afecciones sistémicas. El tipo de tratamiento que se implementa está relacionado con la gravedad de la afección y la presentación clínica . Cuando la presentación clínica es agresiva y hay grandes lesiones papilares, se recomiendan láser, electrocirugía o crioterapia. Las pequeñas lesiones localizadas suelen tratarse con gel miconazole.<sup>37</sup>

**Figura 5:** *Presentación de la Hiperplasia inflamatoria papilar*



Fuente: Thakral, Charu . “Inflammatory Papillary Hyperplasia.” *Www.pathologyoutlines.com*.

PathologyOutlines. Oct.2020.

## **6. Úlcera traumática**

Las úlceras son lesiones pequeñas, dolorosas, cubiertas por una membrana gris necrótica y rodeadas por un halo inflamatorio con bordes firmes y elevados. Las úlceras traumáticas se desarrollan con mayor frecuencia en los 1-2 días siguientes a la colocación de prótesis dentales nuevas. En un estudio aleatorizado de una población de 65-74 años se observaron úlceras traumáticas en el 5,5%. La causa directa de las úlceras es la sobreextensión de las bridas de la dentadura o una oclusión desequilibrada. Las condiciones que predisponen a la irritación mecánica son predisponentes, por ejemplo las deficiencias nutricionales, la diabetes mellitus o la xerostomía. En el huésped no comprometido, los puntos dolorosos se curan pocos días después de la corrección de la dentadura. Cuando no se instaure ningún tratamiento, el paciente suele adaptarse a la situación dolorosa. En estos casos, la proliferación de tejido alrededor de la periferia de la lesión puede dar lugar a una hiperplasia por irritación de la dentadura.<sup>38</sup>

Las úlceras traumáticas pueden ser del tipo de discontinuidad solitaria, superficial o profunda que se muestran en el epitelio y están asociadas con queratosis periférica de grado leve a grave. El fondo de las lesiones ulcerosas está formado por una pseudomembrana blanquecina o amarilla. Tras la eliminación del factor causante, a menudo la úlcera cicatriza con o sin cicatriz, dependiendo de la magnitud del daño ocurrido. En la mayoría de los casos, las úlceras traumáticas pueden curarse espontáneamente y sin complicaciones en un breve periodo de tiempo. Pero en caso de factores traumáticos persistentes como la presencia de morfología dental afilada, bordes cortantes de restauraciones y contornos punzantes de aparatos, especialmente superficies inadecuadas de prótesis removibles, el traumatismo continuo derivado de las causas mencionadas puede conducir a la formación de úlceras crónicas.<sup>39</sup>

**Figura 5:** *Imagen clínica de Úlcera traumática por uso de dentadura*



Fuente: Tilakaratne, Wanninayake M, and Thomas George Kallarakkal. *Clinicopathological Correlation of Oral Diseases*. Springer Nature, 22 Aug. 2023.

## 7. Úlcera traumática eosinofílica

La úlcera traumática eosinofílica se considera una lesión benigna, reactiva y autolimitada de la mucosa oral. Se considera que el traumatismo desempeña un papel importante en la etiología de la úlcera y provoca la entrada de agentes víricos y tóxicos en el tejido subyacente ocasionando una respuesta inflamatoria. La mayoría de las úlceras traumáticas orales carecen de eosinófilos y contienen un infiltrado polimorfo mientras que en estas lesiones se observan infiltrados eosinofílicos prominentes debido al papel de las citocinas y los factores quimiotácticos liberados por los eosinófilos en su desarrollo. Estas lesiones suelen aparecer entre la quinta y séptima décadas de la vida y se distribuyen por igual entre hombres y mujeres.<sup>42</sup>

La lengua constituye la zona más afectada en aproximadamente el 60% de los casos. Otros lugares que pueden verse afectados son la mucosa bucal, la mucosa labial, el piso de la boca y el vestíbulo donde se encuentra el músculo esquelético subyacente. La lesión suele aparecer como una úlcera con bordes elevados o perforados, con eritema o queratosis circundante. El fondo de la úlcera suele estar cubierto de exudado fibrinoso amarillo y el tejido circundante está indurado. El diagnóstico histopatológico diferencial puede incluir histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Kimura (hiperplasia angiolímfática con eosinofilia, carcinoma de células escamosas, granuloma histiocítico atípico, trastorno linfoproliferativo CD30+ de la mucosa oral, linfoma, reacciones alérgicas y enfermedades parasitarias.<sup>43</sup>

En la literatura se han descrito diferentes enfoques terapéuticos para las úlceras eosinofílicas que incluyen un enfoque de espera, antibióticos, corticoesteroides tópicos, intralesionales y/o sistémicos, curetaje, criocirugía y escisión quirúrgica. El tratamiento más frecuente es la escisión quirúrgica simple.<sup>44</sup>

**Figura 7:** *Úlcera traumática eosinofílica*



Fuente: Cortesía Dra. Helen Rivera, Instituto dermatológico y cirugía de la piel Dr. Huberto Bogaert.2023

## 8. Candidiasis Oral

La infección fúngica más frecuente en la cavidad oral de los seres humanos es la candidiasis oral. Afecta principalmente a la mucosa yugal, el paladar y el dorso de la lengua. El hongo responsable de esta enfermedad es del género *Candida* y existen varios tipos de la misma especie por ejemplo: *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei* y *C. albicans*. Sin embargo, la especie *C. albicans* es la más presente y patógena de todas las especies del género *Candida*. Entre los principales factores etiológicos para el desarrollo de la infección candidiásica se encuentran las enfermedades inmunosupresoras como el VIH y el SIDA, los tratamientos contra el cáncer, los trasplantes de órganos, la diabetes mellitus, el uso de corticosteroides y

la terapia antibiótica. Es una enfermedad oportunista y dependiendo del estado del huésped puede manifestarse como sepsis bacteriana y diseminarse por varios órganos causando morbilidad o incluso la muerte del individuo.<sup>40</sup>

El uso de prótesis dentales asociado a una higiene deficiente, tanto bucal como protésica, también son factores etiológicos locales importantes. Las personas que utilizan prótesis removibles son más propensas a tener candidiasis en comparación con los individuos que no las utilizan debido a la facilidad de adhesión de los microorganismos a las prótesis acrílicas que conlleva al desarrollo de la infección.

Los factores mecánicos también están relacionados con la candidiasis oral tales como: pérdida de la dimensión vertical de la oclusión con flacidez del labio superior sobre el inferior en el ángulo de la boca, ausencia de dientes y uso de prótesis inadaptadas, siendo la población anciana más propensa a contraer esta infección. Generalmente tienden a desarrollar infecciones sucesivas en intervalos cortos, por lo tanto, es necesario tomar medidas terapéuticas para evitar la recurrencia de la enfermedad<sup>41</sup>

**Figura 7:** *Candidiasis oral pseudomembranosa en paciente edentulo total*



Fuente: Fuente: López, Dr Simón Pardiñas. “Candidiasis Oral: Síntomas, Causas Y Tratamientos - Gaceta Dental.” *GACETA DENTAL*, 4 Abril. 2022.

## **5. Marco Metodológico**

### **5.1 Diseño y tipo de investigación**

El presente trabajo de investigación consiste en una revisión de la literatura de tipo descriptivo no experimental, el cual se llevó a cabo a través de la búsqueda de estudios en bases de datos electrónicas. Para el mismo no se realizó intervención o manipulación del objeto estudiado, debido a que solo se limitó a registrar los datos evidenciados en la literatura preexistente sobre las lesiones reactivas e inflamatorias en los usuarios de prótesis removibles.

### **5.2 Estrategias para la búsqueda de información**

La presente investigación se realizó en función de una exhaustiva revisión de la literatura, enfocada en la recolección de datos por medio de un reconocimiento de la literatura sobre el manejo de lesiones reactivas o inflamatorias asociadas al uso de prótesis dentales removibles. A su vez se dio preferencia a la selección de artículos con un mayor factor de impacto.

Para este proceso de búsqueda se utilizaron bases de datos científicos de alto prestigio académico como: Medscape, BMC Oral, JAMA, ScienceDirect, Elsevier, EBSCO y Medline además de buscadores de salud como PUBMED y Google Scholar, con el criterio de que las publicaciones constaron en el periodo comprendido entre los años 2017 a 2023. Los resultados de búsqueda de forma inicial nos reportaron un total de 8,150 artículos científicos, para luego utilizar los criterios de inclusión y exclusión que redujeron la cifra a 3,777 artículos.

### **5.3 Criterios de inclusión**

**Para la inclusión de los artículos, estos debían cumplir con los siguientes criterios:**

- Artículos de investigaciones publicados entre el periodo 2017-2023.
- Artículos científicos que proveen información concisa, objetiva y verídica sobre las lesiones reactivas e inflamatorias en la cavidad oral.
- Artículos científicos con un resumen o abstract en el idioma inglés, español o francés.

### **5.4 Criterios de exclusión**

Se excluyeron artículos con los siguientes criterios:

- Artículos que no sean redactados en idioma español, inglés o francés.
- Artículos que su fecha de publicación no abarque el periodo del año 2017 al año 2023.

### **5.5 Selección de palabras clave**

Se utilizó el Medical Subject Headings (MeSH) para la investigación de las siguientes palabras claves como términos de búsqueda: inflamatoria, lesión, reactiva, candidiasis oral, prótesis dental, prótesis removible, estomatitis; las cuales se combinaron con los operadores booleanos and, or, not.

## 6. Discusión

Las lesiones de la mucosa oral asociadas al uso de prótesis dentales removibles constituyen una gran variedad de manifestaciones localizadas en la cavidad oral debido a los daños causados por los dispositivos en los tejidos blandos subyacentes que no están destinados a experimentar la presión que ejercen. Debido a esto, la identificación precoz y el tratamiento de las lesiones constituyen una parte esencial para el cuidado de la cavidad oral. Navabi et al <sup>45</sup> destaca que la estomatitis protésica figura entre las lesiones más frecuentes, aunque suele manifestarse de manera asintomática. Esta falta de síntomas a menudo posterga la atención oportuna del paciente y la aplicación de un tratamiento adecuado. Es crucial que se brinde una atención más eficiente para asegurar una mejor calidad de vida a aquellos individuos que utilizan prótesis.

Los antifúngicos poliénicos (nistatina y anfotericina B) y los azoles que se clasifican en triazoles (itraconazol y fluconazol) e imidazoles (miconazol, isoconazole, ketoconazol, clotrimazol y tioconazol) son los antifúngicos que se utilizan con mayor frecuencia en el tratamiento de estomatitis por prótesis. La duración habitual de este tratamiento antimicótico es de hasta 14 días. Los azoles orales son teratogénicos y no deben utilizarse para tratar la candidiasis de la mucosa oral durante el primer trimestre. El clotrimazol, las terapias tópicas con nistatina y los comprimidos bucales de miconazol son mejores opciones de tratamiento. Bassi et al <sup>46</sup> destacan la importancia de la nistatina en el tratamiento de la estomatitis debido que la colonización de la *candida albicans* en la superficie de las prótesis es el principal agente etiológico de dicha condición. A su vez los autores enfatizan que el sabor desagradable y amargo de la nistatina tópica es una desventaja importante. Además se ha reportado beneficios de la prescripción de enjuagues bucales con clorhexidina a pesar de que estos cuentan con leves propiedades antifúngicas y su uso prolongado puede provocar efectos

adversos como la coloración de los dientes, el aumento del sarro dental y sensación de ardor en la boca. Igualmente la higiene de la prótesis y el cepillado diario de las superficies son indiscutiblemente eficaces para reducir el riesgo de estomatitis protésica. Se debe valorar la terapia sistémica para los casos donde los medicamentos tópicos son ineficaces como en los pacientes con comorbilidades sistémicas como la diabetes mellitus o inmunosupresión.

Otro aspecto a valorar en el tratamiento de lesiones reactivas es lo mencionado por Passarelli et al <sup>47</sup>, conocido como las nanopartículas de plata, dióxido de titanio, óxido de Zinc y dióxido de circonio exhiben propiedades antimicrobianas. Las nanopartículas de plata tienen la capacidad de dañar las membranas celulares y podrían agregarse al PMMA en una concentración del 3 al 3,5% en peso para reducir la colonización de *C. Albicans*. Diferentes estudios han sugerido la aplicación de un recubrimiento antimicrobiano sobre las superficies de las prótesis sin embargo se ha observado que el recubrimiento borra los detalles de la superficie y la adaptabilidad del tejido lo que puede ocasionar un impacto en la retención de la dentadura postiza. Además ciertos recubrimientos se pueden alterar por sustancias químicas y la higiene dental causando una superficie con mayor rugosidad que tiene una mayor propensión a la colonización microbiana.

La terapia fotodinámica o quimioterapia antimicrobiana fotodinámica ha tenido una creciente popularidad en la actualidad como posible modalidad de tratamiento. Los fotosensibilizadores más populares son el azul de metileno, verde de indocianina y azul de toluidina. Khan et al <sup>48</sup> mencionan que esta técnica fue tan efectiva como los medicamentos antimicóticos convencionales particularmente la nistatina para la remisión clínica de la estomatitis y la reducción considerable de las unidades formadoras de colonias de las especies de cándidas. Un estudio de Yousef et al <sup>49</sup> recomienda el uso de terapia

fotodinámica combinada con láser de baja intensidad y gel de miconazol para un tratamiento más eficaz de una candidiasis oral.

Gual-Vaqués et al <sup>50</sup> adicionan que la hiperplasia inflamatoria papilar se puede prevenir a través de periodos de tiempos libres del uso continuo de prótesis removibles y mantener una higiene adecuada de la misma. Es importante sumergir el dispositivo con limpiadores como hipoclorito de sodio al 2%, gluconato de clorhexidina al 2% y soluciones de peróxido alcalino como Efferdent y Polident. En caso de lesiones papilares grandes se debe valorar el uso de láser, electrocirugía o crioterapia. Además se debe evitar sustancias nocivas que favorezcan el desarrollo de dichas lesiones como en el caso del tabaquismo, del cual múltiples estudios han podido establecer una fuerte asociación de dicha patología con el consumo diario de cigarrill. Se ha encontrado una fuerte correlación entre esta condición y la falta de higiene en el uso de prótesis. Por lo que es importante descartar este microorganismo a través de estudios microbiológicos en especial cuando existen dudas diagnósticas, resistencia a los antifúngicos o cuando es necesario ajustar la dosis del antifúngico como en los pacientes inmunodeprimidos.

Anubha<sup>51</sup> ratifica en su estudio que el diagnóstico puede confirmarse con un examen microbiológico, ya sea tiñendo un frotis de la zona afectada con la tinción periódica de ácido-Schiff (PAS) o con la tinción de plata metenamina Gomori (GMS), o cultivando un hisopo de un enjuague bucal utilizando agar de Sabouraud. La muestra debe recogerse de una lesión fresca activa debido a que las lesiones antiguas no suelen contener organismos viables.

En el caso de la hiperplasia fibrosa inflamatoria, Figueiredo et al <sup>52</sup> exponen que la escisión quirúrgica es el tratamiento de elección en conjunto con la eliminación de los irritantes locales para prevenir la recurrencia. Para lesiones hiperplásicas con un tamaño moderado se recomienda un enfoque conservador y aquellas lesiones que no respondan se

deben extirpar quirúrgicamente. Es necesario un seguimiento de cada paciente ya que tiende a recurrir.

El tratamiento habitual para las úlceras traumáticas asociadas a las prótesis dentales comprende el ajuste de los márgenes y la adaptación oclusal de las dentaduras postizas combinadas en conjunto con instrucciones sobre la higiene adecuada de la prótesis y observación cuidadosa por parte del paciente. De igual forma se incluye el uso de hidrogeles tópicos, parches de hidrogel y cortisona tópica. Alzarea <sup>53</sup> plantea que el ozono tiene características analgésicas, estimula la circulación sanguínea y cuenta con función antimicrobiana por lo que se ha prescrito para el tratamiento de úlceras traumáticas orales debido que ha demostrado que mejora la regeneración y promueve la curación.

Con respecto a la queilitis angular, el tratamiento va a depender de si la etiología es infecciosa o no infecciosa. Carvalho et al<sup>54</sup> establece que el tratamiento empírico de esta condición se centra en la infección debido a que la misma es la etiología más frecuente. Dado que los factores de riesgo más frecuentes son el eccema inducido por la saliva y la maceración resultante, es importante destacar la importancia de proteger las comisuras labiales mediante la aplicación de una barrera tópica que suele ser suficiente en los casos idiopáticos de queilitis angular. Los autores enfatizan que la sustitución/suplementación nutricional es necesaria en casos de avitaminosis, deficiencias minerales o malnutrición en general. En el caso de que la etiología se asocia al uso de prótesis dentales o aparatos dentales, el autor añade que se debe tratar dicho dispositivo con antifúngicos y limpiarla con frecuencia. En caso de pacientes con condiciones mórbidas se puede incorporar una cánula en la prótesis que pueda canalizar el flujo salival hacia la orofaringe.

Si bien es cierto que la revisión literaria respalda diferentes protocolos para el manejo de las lesiones reactivas inflamadas, numerosos autores concuerdan que la modificación de

los factores de riesgo y las evaluaciones rutinarias para detectar posibles defectos relacionados con el ajuste, textura y manejo adecuado, son un pilar fundamental para abordar este tipo de patologías bucales. Ribeiro et al <sup>55</sup> propusieron un protocolo de higiene que ha demostrado ser eficaz para reducir la inflamación e implica lo siguiente: Cepillar el paladar duro por 2 minutos por los menos 3 veces al día, cepillar la prótesis durante 2 minutos con un cepillo para prótesis y jabón líquido neutro no abrasivo o antifúngicos.

Da Costa et al difiere con lo previamente mencionado debido a que consideran que la desinfección por campo electromagnético creada por los microondas es más efectiva que el tratamiento tópico. En su estudio se pudo observar resultados clínicos comparables a un remojo nocturno con una solución de clorhexidina al 0.2% e hipoclorito de sodio al 0,02%. Se recomienda un protocolo de desinfección de 650 W durante 3 minutos por 1 vez a la semana, pero no se cuenta con un protocolo de desinfección ni estudios clínicos a largo plazo.

## 7. Conclusión

De la presente revisión literaria con respecto al manejo de las lesiones reactivas o inflamatorias asociadas al uso de prótesis dentales removibles se puede concluir:

- Para obtener resultados eficaces en el tratamiento de dichas lesiones reactivas se debe tener un abordaje integral que abarque los hábitos de higiene bucal y el estado de las prótesis dentales. Además la evaluación médica debe incluir la modificación de hábitos de riesgo como el tabaquismo y el uso nocturno de las prótesis dentales removibles.
- Las principales lesiones reactivas o inflamatorias asociadas al uso de la prótesis dental removible fueron: estomatitis protésica, queilitis angular, HFI, HIP, queratosis friccional, candida oral, úlcera traumática y úlcera traumática eosinofílica. La estomatitis protésica es la reacción inflamatoria más común en los pacientes usuarios de prótesis dentales removibles. A pesar de ser una condición multifactorial se ha evidenciado que la infección oral por *Candida Albicans* es el agente etiológico más reconocido.
- El tratamiento con fármacos antimicóticos tópicos o sistémicos es la piedra angular para esta patología sin embargo el personal de salud debe ser consciente que existe una disyuntiva en la literatura sobre la dosis o forma farmacéutica administrada, la duración y los efectos adversos.
- Existe una gran variedad de tratamiento alternativos que incluye la terapia fotodinámica, incorporación de nanopartículas y la desinfección por microondas cuenta con literaturas que avalan sus beneficios pero se requiere mayor número de evidencias antes de recomendar estas alternativas de manera rutinaria.

## 8. Recomendaciones

De acuerdo a los resultados y conclusiones obtenidos al finalizar el presente trabajo de grado efectuamos las siguientes recomendaciones:

- Concientizar sobre la elaboración adecuada de aparatos protésicos que permitan un funcionamiento correcto y que cuente con los materiales de calidad que permitan tener una prótesis dental en buen estado y sin desajustes que eviten desarrollar lesiones orales a largo plazo.
- Establecer una comunicación constante entre el paciente con prótesis dental removible y su odontólogo para que ante cualquier sensación de dolor, masticación difícil, hipersalivación o dificultad para tragar se puede realizar las modificaciones pertinentes para evitar el desarrollo de lesiones a largo plazo.
- Realizar charlas de concientización a los pacientes que utilizan prótesis dental removible que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Iberoamericana sobre los cuidados especiales que debe tener con la prótesis dental para evitar hábitos que favorecen las infecciones.
- Realizar estudios longitudinales en diferentes clínicas odontológicas para evaluar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes con prótesis dental removibles sobre los hábitos alimenticios e higiénicos de la prótesis que favorecen su preservación en condiciones óptimas.
- Enfatizar la importancia de las consultas de seguimiento de los tratamientos protésicos en centros de atención primaria para detectar cualquier conducta o hábito que favorezca el desarrollo de lesiones reactivas.

## **9. Prospectiva**

Partiendo de la presente revisión literaria y conclusiones expuestas, se sugiere a continuación una guía del manejo de las lesiones reactivas o inflamatorias asociadas al uso de prótesis dentales removibles:

1. Crear un manual con las indicaciones a seguir después de instalar el tratamiento para pacientes que utilizan prótesis dentales parciales donde se haga énfasis en cuales son factores de riesgo para desarrollar lesiones intraorales como: la frecuencia de consumo de alcohol, tabaquismo y hábitos de higiene oral inadecuados.

## 10. Referencias

1. Fitzpatrick SG. Reactive and Nonreactive White Lesions of the Oral Mucosa. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2023;35(2):237-246.
2. Ayuso R, Torrent J, López J. Denture stomatitis: update. *Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.* 2018;9(6): 645-652.
3. Preti G, Pera P. Prótesis parcial removible. *Padova: Piccin;* 2021;3(1):79-87.
4. Belandria A, Perdomo B. Uso, cuidados y estado de prótesis removibles en una población rural dispersa. *Revista Odontológica de los Andes.* 2018;2(2):4-11.
5. González BY, Dumenigo SA, Fuguet BJR. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis dental superior. *Medisur.* 2018;15(1):36-41.
6. Hernández-Solís SE, Villamil-Urzaiz JL, Lama-González E, Puc-Pool R, Rueda-Gordillo F. Prevalencia de *C. albicans* en pacientes con y sin estomatitis subprotésica. *Revista Odontológica Latinoamericana.* 2019;1(1):7–11.
7. Rodríguez Fernández M, Portillo Recio A, Lama González E, Hernández Solís S. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. *Revista de la Asociación Dental Mexicana.* 2018;71(5):221–5.
8. Gómez de Liaño P, Alonso Ezpeleta. Hábitos en el mantenimiento e higiene de las prótesis removibles: estudio comparativo entre dos sistemas de limpieza. *Gaceta Dental.* 2021;192(1):162–9.
9. Velastegui MA, Bayas NA, Navas EX. Lesiones de la mucosa oral asociadas al uso de prótesis odontológicas en pacientes edéntulos totales. *Dominio de las Ciencias.* 2019;5(1):603-23.
10. Astolfi V, Gómez-Menchero A, Ríos-Santos JV, Bullón P, Galeote F, Ríos-Carrasco B, Bullón de la Fuente B, Herrero-Climent M. Influence of Removing or Leaving the Prosthesis after Regenerative Surgery in Peri-Implant Defects: Retrospective Study: 32 Clinical Cases with 2 to 8 Years of Follow-Up. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(2):645.

11. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang HL. Peri-implantitis. *J. Periodontol.* 2018;89(3):267-90.
12. Rodrigo D, Sáenz-Sánchez I, Figuero E, Llodrá JC, Bravo M, Caffesse RG, Vallcorba N, Guerrero A, Herrera D. Prevalence and Risk Indicators of Peri-implant Diseases in Spain. *J. Clin. Periodontol.* 2018;45(2):1510-20.
13. Renvert S, Persson GR, Pirih FQ, Camargo PM. Peri-implant health, Peri-implant Mucositis, and Peri-implantitis: Case definitions and diagnostic considerations. *J. Periodontol.* 2018;8(9):304-12.
14. Karlsson K, Derks J, Hakansson J, Wennstrom JL, Petzold M, Berglundh T. Interventions for peri-implantitis and their effects on further bone loss: A retrospective analysis of a registry-based cohort. *J. Clin. Periodontol.* 2019;46(2):872-9.
15. Ogunrinde TJ, Olawale OF. The prevalence of denture related mucosa lesions among patients managed in a Nigerian teaching hospital. *Pan African Medical Journal.* 2020;37(3):358.
16. Mayorga D, Álvarez Y. Incidencia de las principales patologías orales en pacientes geriátricos del hogar de ancianos Instituto Estupiñan de Latacunga. Repositorio digital UNACH. 2017;4(2):23-9.
17. De Oliveira AM, Carvalho HS et al. Prevalence of oral lesions caused by removable prosthetics. *Rev. Bras. Odontol.* 2018;73(2):130-4.
18. Shaikh MS, Alnazzawi A, Habib SR, Lone MA, Zafar MS. Therapeutic role of nystatin added to tissue conditioners for treating denture-induced stomatitis: a systematic review. *Prosthesis.* 2021;3(2):61–74.
19. Verhaeghe TV, Wyatt CC, Mostafa N. The effect of overnight storage conditions on complete denture colonization by *Candida albicans* and dimensional stability: a systematic review. *The Journal of Prosthetic Dentistry.* 2019;12(4):176-182.

20. An S, Evans JL, Hamlet S, Love RM. Incorporation of antimicrobial agents in denture base resin: a systematic review. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2020;12(6):188-95.
21. Valenzuela-Ramos MR, Gonzales-Aedo NO, Huamán-Espinoza GR, Chacaltana-Limaco RD, Campos-Coronado CD, Canales-Sermeño GU. Factores asociados al nivel de conocimiento de la población sobre el uso, cuidado e higiene en pacientes portadores de Prótesis Dentales Removibles. *Av Odontoestomatol*. 2022; 38(4 ):137-142.
22. Lee JH, Kim DH, Park YG, Lee SY. Chewing Discomfort According to Dental Prosthesis Type in 12,802 Adults: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(1):71.
23. Putra Wigianto AY, Goto T, Iwawaki Y, Ishida Y, Watanabe M, Ichikawa T. Treatment outcomes of implant-assisted removable partial denture with distal extension based on the Kennedy classification and attachment type: a systematic review. *Int J Implant Dent*. 2021;7(1):111.
24. GhiȚĂ RE, Scriciu M, MercuȚ V, Popescu SM, Andrei OC, Pitru A, StĂnuȘi AC, Petcu IC, Marinescu IR, Pascu RM, GĂman S. Oral Mucosa Changes Associated with Wearing Removable Acrylic Dentures. *Curr Health Sci J*. 2020;46(4):344-351.
25. Sartawi SY, Abu-Hammad S, Salim N, Al-Omoush S. Denture Stomatitis Revisited: A Summary of Systematic Reviews in the Past Decade and Two Case Reports of Papillary Hyperplasia of Unusual Locations. *Int J Dent*. 2021;13:733-814.
26. Bukhari MA, Algahtani MA, Alsuwailem FA, Alogaiel RM, Almubarak SH, Alqahtani SS, Alabdullatif RA, Alghimlas RY, Alotaibi NF, Qahtani ARA, Alkathiri NK. Epidemiology, etiology, and treatment of denture stomatitis. *Int J Community Med Public Health*. 2022;9(2):981-6.
27. Adam RZ, Kimmie-Dhansay F. Prevalence of Denture-Related Stomatitis in Edentulous Patients at a Tertiary Dental Teaching Hospital. *Front. Oral. Health* 2021;2:77-79.

28. Mousa MA, Lynch E, Kielbassa AM. Denture-related stomatitis in new complete denture wearers and its association with *Candida* species colonization: a prospective case-series. *Quintessence Int.* 2020;51:554–65
29. Rosales Ortiz A, Fonseca Vázquez M. Estomatitis subprótesis. Algunos factores de riesgo asociados. *Multimed.* 2022; 26( 1 ): e2049.
30. Navabi N, Gholamhoseinian A, Baghaei B, Hashemipour MA. Risk factors associated with denture stomatitis in healthy subjects attending a dental school in southeast iran. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2019;13(4):574-80.
31. Lugović-Mihić L, Pilipović K, Crnarić I, Šitum M, Duvančić T. Differential Diagnosis of Cheilitis - How to Classify Cheilitis? *Acta Clin Croat.* 2018;57(2):342-351.
32. Oza N, Doshi JJ. Angular cheilitis: A clinical and microbial study. *Indian J Dent Res* 2017;28:661-5
33. Da Silva GD, Pinheiro TN. Histomorphometric comparative analysis between the oral mucosa of fibrous inflammatory hyperplasia and oral leukoplakia. *Transl Cancer Res* 2020;9(4):3101-3106.
34. Somacarrera Pérez ML, López Sánchez AF, Martín Carreras-Presas C, Díaz Rodríguez M. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Av Odontoestomatol.* 2015; 31( 3 ): 129-134.
35. Almazyad A, Li CC, Woo SB. Benign Alveolar Ridge Keratosis: Clinical and Histopathologic Analysis of 167 Cases. *Head Neck Pathol.* 2020;14(4):915-922.
36. Khalifa C, Bouguezzi A, Sioud S, Hentati H, Selmi J. An innovative technique to treat epulis fissuratum: A case report. *SAGE Open Med Case Rep.* 2021; 2;9:2050313X211063135.
37. Gual-Vaqués P, Jané-Salas E, Egido-Moreno S, Ayuso-Montero R, Mari-Roig A, López-López J. Inflammatory papillary hyperplasia: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017;22(1):e36-e42.

38. AlZarea BK. Management of denture-related traumatic ulcers using ozone. *J Prosthet Dent.* 2019 Jan;121(1):76-82. doi: 10.1016/j.prosdent.2018.03.015. Epub 2018 Aug 7. PMID: 30093125.
39. Saraswati S, Razdan P, Smita, Aggarwal M, Bhowmick D, Priyadarshni P. Traumatic Ulcerations Frequencies and Postinsertion Adjustment Appointments in Complete Denture Patients. *J Pharm Bioallied Sci.* 2021;13(2):S1375-S1380.
40. Lira A, Torres AC. Relationship between oral candidiasis and users of dental prostheses. *Braz. J. Oral Sci.* 2018;17:e18150.
41. Kinkela M, Simonic-Kocijan S, Prpic J, Paskovic I, Cabov T, Kovac Z, Glazar I. Oral Candidal Colonization in Patients with Different Prosthetic Appliances. *J. Fungi.* 2021; 7: 662
42. Benitez B, Mülli J, Tzankov A at al. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia — clinical case report, literature review, and differential diagnosis. *World J Surg Onc.* 2019;17:184.
43. Sugaya N, Martignago F, Pinto D, Migliari D. Recurrent Oral Eosinophilic Ulcers of the Oral Mucosa. A Case Report. *Open Dent J.* 2018;12:19-23.
44. Benitez B, Mülli J, Tzankov A, et al. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia—clinical case report, literature review, and differential diagnosis. *World J Surg Oncol* 2019;17:184.
45. Navabi1 N, Shakibaei P, Ranjbar Hassani A. Management of denture stomatitis: An overview. *Acta Marisiensis - Seria Médica.* 2023;69(1):23-29
46. Bassi RC, Boriollo MFG. Amphotericin B, fluconazole, and nystatin as development inhibitors of *Candida albicans* biofilms on a dental prosthesis relin material: Analytical models in vitro. *J Prosthet Dent.* 2022;127(2):320-330.
47. Passarelli PC, De Leonardis M, Piccirillo GB, Desantis V, Papa R, Rella E, Mastandrea Bonaviri GN, Papi P, Pompa G, Pasquantonio G. The Effectiveness of

Chlorhexidine and Air Polishing System in the Treatment of *Candida albicans* Infected Dental Implants: An Experimental In Vitro Study. *Antibiotics*. 2020; 9(4):179

48. Ahmad Khan MS, Ahmad I. Chapter 1—Herbal Medicine: Current Trends and Future Prospects. In *New Look to Phytomedicine*. Academic Press. 2019;3–13
49. Yousef M, Abdelaziz A, Essa M, Fahmi M. Assessment of Photodynamic Therapy and Miconazole in the Management of Denture Stomatitis. *Int. J. Dent. Sci. Res.* 2018;6:83–87.
50. Gual-Vaqués P, Jané-Salas E, Egido-Moreno S, Ayuso-Montero R, Mari-Roig A, López-López J. Inflammatory papillary hyperplasia: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017;22(1):e36-e42.
51. Anubha Bajaj. The Sore Excrescences-inflammatory Papillary Hyperplasia. *Acta Scientific Ophthalmology*. 2022;4:66-69.
52. Figueiredo CVO, Calvo AFB, Melo AR, Imperato JCP. Inflammatory fibrous hyperplasia: a rare case in a child. *RGO, Rev Gaúch Odontol*. 2019;67:e2019005.
53. AlZarea, B. K. Management of denture-related traumatic ulcers using ozone. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2018
54. Carvalho MV, De Moraes SLD, Lemos AA, Santiago Júnior JF, Vasconcelos BC & Pellizzer EP. Surgical versus non-surgical treatment of actinic cheilitis: A systematic review and meta-analysis. *Oral Diseases*. 2019;25:972–981.
55. Ribeiro AB, De Araújo CB, Silva LEV, Fazan-Junior R, Salgado HC, Ribeiro AB, Fortes CV, Bueno FL, De Oliveira VC, Paranhos H. Hygiene protocols for the treatment of denture-related stomatitis: Local and systemic parameters analysis—A randomized, double-blind trial protocol. *Trials*. 2019;20:661.