

Lesiones en la mucosa bucal portadores de prótesis removibles

La existencia de problemas bucales asociados a las prótesis parciales removibles tiende a aumentar por un escaso o nulo control periódico por parte de un especialista, y por una incorrecta elaboración, uso y cuidado de dichos aparatos.

Autor: Sara María Jiménez Estrada, Celia del Carmen Godoy Montañez, Men O María del SC Rodríguez Fernández, Men O Esperanza Mercedes Larra González Fuente: Revista Nacional de Odontología de México Año 4 • Vol. III • Mayo-Junio 2013

Introducción

Las lesiones en la mucosa bucal, de igual manera que las enfermedades, afectan la salud general del individuo, son progresivas y 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. Estas enfermedades pueden afectar también la productividad económica y limitar la capacidad para trabajar en el hogar, la escuela o el trabajo. Las lesiones en la mucosa bucal 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.^{2,4,5}

Entre los factores locales más importantes en el desarrollo y prevalencia de lesiones en la mucosa bucal en pacientes con prótesis removibles se encuentran: mala higiene bucal, mala calidad en la superficie de la prótesis removible, trauma mecánico ocasionado por mal ajuste de la prótesis, relaciones oclusales incorrectas, sequedad bucal, tiempo de uso de la prótesis y susceptibilidad de los tejidos por el envejecimiento.^{6,7-9}

Hernández-Solís y colaboradores (2009) refieren que en México un 40% de la población mayor de 60 años es desdentada y utiliza prótesis removible. 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*.^{10,11}

Cuba y otros países arrojan cifras muy bajas de pacientes con prótesis que asisten con periodicidad al estomatólogo (esto puede estar asociado con la creencia errónea de que con la colocación de las prótesis se ha concluido el trabajo y muchas veces acuden a consulta sólo cuando la misma necesita ser reparada o ante el dolor o lesión evidente que afecta el bienestar del individuo).¹²

Wenbler y Trudman (1982) comprobaron en su estudio que el retiro de la prótesis por las noches evita la parafunción nocturna, reduce la incidencia de lesiones inflamatorias en la mucosa y disminuye el tiempo de exposición a la proliferación de microorganismos, que pueden ocasionar degeneración de las glándulas palatinas y xerostomía.¹³

Gómez de Liaño (2008) 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.¹⁴

Torres y Rosales (2000) encontraron que el tener malos hábitos de uso e higiene de la prótesis también predispone a la colonización y cultivo de microorganismos que pueden afectar los tejidos bucales.^{14,15}

Estudios de Dikbas y colaboradores (2006), Jagger y Harrison (1995), y Peracini (2010) reportan que la mayoría de los pacientes con prótesis no saben cómo limpiar sus dentaduras, ya que nunca han recibido instrucciones sobre la limpieza de prótesis dentales y sobre higiene bucal en general.^{6,16}

Hoadd-Reddick en 1989 reportó que el 41.4% de las prótesis tuvieron una limpieza adecuada. Las más antiguas tendieron a ser las más sucias, sugiriendo que las prótesis más antiguas no pueden ser limpiadas adecuadamente por sus dueños.¹⁷

Menéndez (2003) encuestó a 98 pacientes usuarios de prótesis removibles, y encontró que más de la tercera parte de los pacientes tiene una higiene entre regular y mala; no obstante, más de las tres cuartas partes manifestó cepillar la prótesis tres veces al día.¹⁸

Material y métodos

Fue un estudio observacional, descriptivo y transversal. El número de pacientes fue de 159, todos ellos portadores de prótesis removibles. Las edades de los pacientes se ubicaron en el rango comprendido entre 40 a 89 años. Se les realizó una encuesta y una revisión bucal.

La recolección de los datos se realizó en cinco etapas de manera consecutiva; como primera etapa, se identificó por medio de observación directa al paciente que fue portador de prótesis removible y tuvo alguna lesión en la mucosa bucal; a todo paciente de 40 años o más, que aceptó participar en el presente estudio, se le pidió firmar la carta de consentimiento informado. Como segunda etapa se llenó la hoja de recolección de datos sobre hábitos de higiene, uso y cuidados de la prótesis, así como datos personales del paciente; la recolección de la información se realizó por medio de la entrevista estructurada; como tercera etapa se examinó la higiene de la prótesis pidiéndole al paciente que la retirara de su cavidad bucal; se enjuagó en el grifo de agua corriente para limpiar la mucina recientemente acumulada y los restos de comida, y se examinó en una fuente de luz estandarizada para evaluar su limpieza. La limpieza de la prótesis se clasificó según los niveles de residuos y manchas propuestos en el estudio conducido por Hoad-Reddick y colaboradores (1990) que clasifica la limpieza de la prótesis removible en: 20

Puntuación de 1 (limpio): las prótesis dentales no mostraron restos blandos y duros ni manchas, considerándose como buena higiene.

Puntuación de 2 (sucio): restos blandos se resienten todavía entre los dientes después de lavar con agua del grifo, y/o residuos o manchas difíciles se presentan alrededor de los márgenes gingivales y linguales de los incisivos centrales mandibulares o bucal de los molares superiores. Se considera como mala higiene.

Puntuación de 3 (muy sucio): restos blandos, no sólo entre los dientes, sino también sobre la superficie del tejido de la dentadura, y/o residuos

duros y manchas cubriendo los dientes, la superficie del tejido y el paladar. Se considera como muy mala higiene.

Como cuarta etapa se evaluó el ajuste de la prótesis en la boca de los pacientes estudiados, aplicando los parámetros utilizados en los estudios realizados por Díaz y Zamora (2007) y por Lemus Cruz y su equipo (2009); se consideró la prótesis como bien ajustada si tuvo buena retención, estabilidad y buen soporte. Se consideró mal ajustada si cualquiera de esos tres parámetros resultó incorrecto. Para evaluar la retención, estabilidad y soporte se realizaron las siguientes pruebas:^{4,9}

Prueba de retención: se sujetó la prótesis de la zona anterior y se hizo un movimiento para tratar de retirarla de su soporte. Si al tratar de retirar la prótesis ofreció cierta resistencia, se consideró que la prótesis tenía buena retención; si al tratar de retirar la prótesis no ofreció resistencia alguna, se consideró que la prótesis no tenía retención.

Prueba de estabilidad: se presionó una zona oclusal de la prótesis, si al presionar una zona de la prótesis, se levantó la zona opuesta o presentó movilidad exagerada se consideró a la prótesis inestable; si al presionar no se levantó la zona opuesta ni se presentó movilidad de la prótesis, se consideró que tenía estabilidad.

Prueba de soporte: Se consideró buen soporte cuando el paciente no refirió dolor o molestia al masticar, se observó una correcta extensión de la prótesis y hubo ausencia de alteración en la mucosa bucal en la cual se asentaba. Se calificó con mal soporte si existió dolor al masticar, alteración de la mucosa bucal debajo de la extensión de la prótesis o intolerancia al uso del aparato.

La información obtenida sobre la higiene y el ajuste de la prótesis se anotó en la hoja de llenado y se continuó con la quinta y última etapa.

Como quinta etapa se realizó un examen completo de la cavidad bucal utilizando la técnica sugerida por Aldape (2008) que consiste en hacer un minucioso examen bucal al paciente, revisando cada uno de los tejidos duros y blandos del interior de la boca y tejidos peribucales. Se utilizaron como instrumentos de apoyo espejo dental, pinza, explorador y abatelenguas para detectar cualquier anomalía o lesión presente.¹⁹

Análisis estadístico

Los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico: SPSS versión 15. Por la naturaleza del estudio se utilizó la estadística descriptiva. La información obtenida se presenta mediante distribuciones de frecuencias simples y relativas porcentuales.

Resultados

El número de pacientes incluidos en el estudio fue de 159. Todos ellos portadores de prótesis removibles que presentaron alguna lesión en la mucosa bucal.

Las edades de los pacientes se ubicaron en el rango comprendido entre 40 a 89 años. El rango de edad más frecuente fue entre 50 a 59 años en el 25.8% de los pacientes, aunque hubo poca diferencia con los rangos de edad de 60 a 69 y 70 a 79 años con porcentajes del 25.2% cada uno de ellos.

El 82.2% del total de pacientes revisados eran portadores de prótesis con mala higiene, las cuales se encontraban entre sucias y muy sucias, sólo el 17.6% de los pacientes tuvo prótesis removibles limpias.

Al determinar los tipos de lesiones más frecuentes en la mucosa bucal de pacientes portadores de prótesis removibles con mala higiene, encontramos que fueron el eritema (30.2%), la hiperplasia (23.3%) y la úlcera (20.8%).

La presencia de lesiones en la mucosa bucal fue más frecuente debajo de la base o conector mayor de la prótesis en el 62.3% de los pacientes; en el 13.2% se encontró que la lesión en la mucosa estaba cerca del gancho de la prótesis y en el 24.5% en otras zonas de la mucosa: fondo de saco, carrillos y piso de boca.

Con relación a la percepción de la higiene por parte del odontólogo y paciente, se observó que el 52.2% de los pacientes valoró la higiene de la prótesis como buena; sin embargo, la apreciación del odontólogo con relación a la buena higiene solamente fue del 17.6%. El 19.5% y el 28.3% de los pacientes consideraron la higiene de la prótesis como mala y regular, respectivamente, en comparación con el odontólogo que la consideró mala en el 82.2%.

Al preguntar a los pacientes sobre los hábitos de uso de la prótesis, resultó que una gran parte de los encuestados (61.0 %) tuvo uso continuo de la prótesis y dijo no retirársela a ninguna hora; el 30.8% retiraba su prótesis para dormir, y sólo el 8.2% la quitaba unas horas durante el día; de los pocos que manifestaron quitarse la prótesis, refirieron colocarla en un vaso con agua o dejarla secar.

En este estudio fue más frecuente el uso de métodos mecánicos para la limpieza de la prótesis como el uso de cepillo dental (20.1%) y el uso de cepillo dental con pasta dental (62.9%). Entre los pacientes que usaron métodos químicos se encontró el uso de bicarbonato de sodio en el 6.3%, jabón 4.4%, enjuague bucal 3.1%, tabletas efervescentes especiales para prótesis 0.6% y el 2.5% usó otras sustancias entre las que se encontraron: yodopovidona, alcohol, hipoclorito de sodio y ácido muriático. Ningún paciente refirió usar métodos combinados para la limpieza de la prótesis.

La mayor parte de los pacientes (95.6%) se retira la prótesis de la boca para lavarla, pero el 4.4% lava su prótesis colocada en su cavidad bucal.

En cuanto al mantenimiento de las prótesis, la mayoría de los pacientes (74.2%) no regresó con el dentista una vez que le fue colocada su prótesis, el 18.9% regresó a consultar únicamente cuando tuvo alguna molestia, y sólo 6.9% refirieron consultar frecuentemente para revisión.

Discusión

El hecho de que las lesiones se encuentren más frecuentemente en la zona de la mucosa en contacto con la parte interna de la prótesis, refleja la posibilidad de la acción de microorganismos oportunistas que, adheridos a las zonas más difíciles de limpiar y en mayor contacto con la mucosa, causan irritación de la misma y lesiones rojas, proliferativas y ulcerosas, principalmente.

Las lesiones más frecuentes en pacientes con prótesis sucias fueron el eritema (30.2%), la hiperplasia (23.3%) y la úlcera (20.8%), y fueron más frecuentes debajo de la base de la prótesis (62.3%). Esto coincide con el estudio de Nevalainen (1997) en el cual la inflamación debajo de la prótesis,

la úlcera y la hiperplasia fueron las lesiones más frecuentes.²¹

La mayoría de los pacientes usuarios de prótesis removibles con lesiones en la mucosa bucal (82.2%) utilizaban prótesis con mala higiene, esto representa un gran hallazgo debido a que nos indica que la mala higiene de la prótesis está íntimamente asociada con la presencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes con malos hábitos de higiene, tal como mencionan Fleishman y colaboradores (1985) en su estudio.²² Sólo el 17.6% de los pacientes tuvo prótesis limpias.

La mayor parte de los pacientes (52.2%) cree que la higiene de su prótesis es buena; sin embargo, la evaluación odontológica demostró que únicamente el 17.6% tuvo prótesis con buena higiene. Estos resultados coinciden con el estudio de Kulak-Ozkan y colaboradores (2002) en el cual sólo 15.7% de los pacientes tuvo buena higiene de su prótesis.²³

Conclusiones

1. Las zonas de la mucosa más afectadas resultaron ser las que estaban en contacto con las partes más difíciles de limpiar de las prótesis, como la superficie interna de la base o conector mayor y los ganchos de las prótesis.
2. Entre los malos hábitos de uso y mantenimiento de la prótesis removible encontrados en este estudio, estuvieron el uso continuo de la prótesis, uso de prótesis desajustadas, utilizar el mismo cepillo para limpiar dientes y prótesis; Uso de prótesis rotas o defectuosas, y no acudir a revisión de sus prótesis con el odontólogo.
3. Los pacientes tienen malos hábitos de higiene en sus prótesis porque no saben cómo limpiarlas, ya que nunca se les enseñó como hacerlo, la mayor parte de los pacientes no recibió instrucciones de higiene y cuidados de la prótesis por parte del odontólogo que se la colocó, los pocos pacientes que sí recibieron instrucciones no estaban seguros de cómo realizar la limpieza, porque los odontólogos que los atendieron nunca les mostraron cómo hacerlo, únicamente les comentaron que lo debían hacer.
4. En este estudio obtuvimos que las mujeres fueron más afectadas que los hombres, aunque en realidad hubo mayor afluencia de consultas de pacientes del género femenino que del masculino, pudiéndose explicar que las mujeres se preocupan más por su apariencia física y salud que los hombres. Respecto a la edad, el grupo más afectado fue el grupo de 50 a 59 años; sin embargo, hubo poca diferencia en comparación con los grupos de 60 a 69 y 70 a 79, estos resultados indican que sin importar la edad los pacientes son afectados por igual en cuanto a lesiones en la mucosa bucal, y que otros factores locales como la mala higiene y malos usos de la prótesis tienen más impacto en la aparición de lesiones en la mucosa bucal que la edad del paciente.
5. La población estudiada conoce cierta información sobre los hábitos de higiene bucal y de sus prótesis, más no la ha logrado incorporar en su práctica diaria. Se recomienda implementar estrategias de intervención educativa para los pacientes portadores de prótesis removibles para concientizarlos de la importancia de mantener una buena salud bucal, ya que forma parte de su salud general.
6. A los odontólogos y estudiantes de odontología será importante destacar la importancia de enseñar a los pacientes las medidas necesarias para que mantengan una buena higiene de las prótesis y su cavidad bucal, así como la necesidad de consultas periódicas, asegurando el mantenimiento de su salud bucal

Referencias

- 1 Belandria A, Perdomo B. Uso, cuidados y estado de prótesis removibles en una población rural dispersa. Rev Od Los Andes 2007; 2(2):4-11.
- 2 Mariño R. La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. Bol Oficina Saint Panam 1994; 116(5):419-26.
- 3 Hernández-Mejía R, Calderón-Garza R, Fernández-López J, Cueto-Espinar A. Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. RODE 2006; 11(2):181-91.
- 4 Díaz Martell Y, Martell Forte I, Zamora Díaz J. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Sep [citado 2011 Mayo 10]; 44(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002&lng=es.
- 5 Marchini L, Tamashiro E, Nascimento DFF, Cunha VPP. Self-reported denture hygiene of a sample of edentulous attendees at a University dental clinic and the relationship to the condition of the oral tissues. Gerodontology 2004; 21:226-8.
- 6 Casatellucci L, Rejane M, Freire C, Cavalcanti A, Lavigne M, Andrade R. Edentulous patient's knowledge of dental hygiene and care of prostheses. Gerodontology 2008; 25:99-106.
- 7 Nevalainen M, Närhi T, Ainamo A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. Journal of Oral Rehabilitation 1997; 24: 332-7.
- 8 Manu Rathee, Anita Hooda, Pankaj Ghalaut. Denture Hygiene in Geriatric Persons. Generated at: Wed, 18 Jan 2012 10:24:16 -0600 (0000247a) <http://www.ispub.com:80/journal/the-internet-journal-of-geriatrics-and-gerontology/volume-6-number-1/denture-hygiene-in-geriatric-persons.html> ispub.
- 9 Lemus Cruz L, Triana K, Selenenko O, Fuertes L, Sáez R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Rev Cubana Estomatol 2009; 46(1):1-13.
- 10 González Schiele G, Casado Pingarrón M, Rubio Pérez C. Revisión Bibliográfica: Lesiones por Prótesis Dentales; 4 Últimos Años. Asignatura de anatomía patológica general y bucal, URJC - curso académico 2008-2009.
- 11 Hernández-Solís S, Villamil-Urzaiz J, Lama-González E, Puc-Pool R, Rueda-Gordillo F. Prevalencia de C. albicans en pacientes con y sin estomatitis subprotésica. Rev Odontol Latinoam 2009; 1(1):7-11.
- 12 Mulet García, M, Hidalgo Hidalgo, S y Díaz Gómez, SM. Salud Bucal en pacientes portadores de prótesis. Etapa diagnóstica. Archivo Médico De Camagüey [En Línea] 2006. Vol. 10 [Citado 2012-01-15]. Disponible En Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp?lcve=211117629005>. ISSN.
- 13 Carreira V, Almagro Z. La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. Rev Cubana Estomatol 2000; 37(3):133-9.
- 14 Gomes de Liñao. Hábitos en el mantenimiento e higiene de las prótesis removibles: estudio comparativo entre dos sistemas de limpieza. Gaceta Dental Digital [revista en internet]. 2008 May [citado 2011 junio 14]; Disponible en: www.gacetadental.com.
- 15 Torres E, Rosales J. Relación entre el uso nocturno y la adaptación a la prótesis estomatológica. Rev Cubana de Estomatol 2000; 37(2):77-83.

- 16 Peracini A, Machado I, Paranhos H, Lovato C, Souza R. Behaviors and hygiene habits of complete denture wearers. *Braz Dent J* 2010; 21(3):247-52.
- 17 Hoad-Reddick G. Oral pathology and prostheses-are they related? *Investigations in an elderly population. Journal of Oral* 1989; 16:75-87.
- 18 Menéndez Vázquez Luis. La consejería de salud bucal y su utilidad para la especialidad de Prótesis Estomatológica. *Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]*. 2003 Ago [citado 2011 Mayo 09]; 40(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200008&script=sci_arttext.
- 19 Aldape Barrios Beatriz C. Exploración de cavidad bucal y variaciones de lo normal. *Revista Mexicana de Odontología Clínica* 2008; 8(2):4-9.
- 20 Dikbas I, Koksai T, Calikkocaoglu. investigation of the cleanliness of dentures in a university hospital. *Int J Prosthodont* 2006; 19(3):294-8.
- 21 Leyva X; Rodríguez Y; Manzanilla N, Suchite S. (2009). Higiene Bucal y Servicios Odontológicos en la Secundaria No. 86 de Chablekal, Yucatán. Trabajo presentado en el VIII Congreso Internacional y X Aniversario de la Revista Oral (ISSN 1665-143X). Agosto 2009.
- 22 Fleishman R, Peles D, Pisanti S. Oral mucosal lesions among elderly in Israel. *J Dent Res* 1985; 64(5):831-6. 23 Kulak-Ozkan, Kazazoglu E, Arikan A. Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of Yeats and stomatitis in elderly people. *Journal of Rehabilitation* 2002; 29: 300-4.

