



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

**ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA EN PACIENTES
PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLE ATENDIDOS EN
CLÍNICA UCSG. SEMESTRE A-2016**

AUTOR:

ROMERO PEÑALOZA, SEBASTIÁN ANÍBAL

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
GRADO DE ODONTÓLOGO**

TUTOR:

MOSQUERA CHÁVEZ, TONY LUIS

Guayaquil, Ecuador

12 de Septiembre del 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Romero Peñaloza Sebastián Aníbal**, como requerimiento para la obtención del Título de **odontólogo**.

f. _____
Mosquera Chávez, Tony Luis

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Luzardo Jurado, Geoconda María

Guayaquil, a los 12 días del mes de Septiembre del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Romero Peñaloza, Sebastián Aníbal**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removible atendidos en clínica UCSG. semestre a-2016** previo a la obtención del Título de **Odontólogo** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 12 días del mes de Septiembre del año 2016

EL AUTOR

f. _____
Romero Peñaloza, Sebastián Aníbal



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Romero Peñaloza, Sebastián Aníbal**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removible atendidos en clínica UCSG. semestre a-2016** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 12 días del mes de Septiembre del año 2016

EL AUTOR:

f. _____
Romero Peñaloza Sebastián Aníbal



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

TONY LUIS MOSQUERA CHÁVEZ
TUTOR

f. _____

GEOCONDA MARIA, LUZARDO JURADO
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a mi padre que ha sido mi apoyo incondicional durante todo el transcurso de mi vida, motivándome en cada paso y aconsejándome sabiamente para mi crecimiento ético y profesional, a mis dos madres: Yolanda Peñaloza y Roxana Moya, que han estado conmigo en todo momento, con palabras de aliento y amor para continuar mi camino. A mis hermanos que son mi motor para seguir adelante y a mi familia en general. Agradezco a mis profesores por formarme tanto ética como académicamente, enseñándome lecciones de vida que nunca olvidaré.

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a mis padres y hermanos que han sido mi motivación y soporte anímico en todo momento.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	V
ABSTRACT	XVI
Introducción	XVII
1.1 JUSTIFICACIÓN	XVII
1.2 OBJETIVOS	XVIII
1.3 OBJETIVO GENERAL	XVIII
1.3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS	XVIII
1.4 HIPÓTESIS	XVIII
1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	XVIII
1.6 VARIABLES	XIX
1.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE	XIX
1.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES	XIX
1.6.3 VARIABLE INTERVINIENTE	XIX
1.6.4 Operacionalización de variables	XIX
1. MARCO TEÓRICO	23
2.1 Estomatitis Subprotésica	23
2.2 ETIOLOGÍA	24
2.3 Trauma por uso continuo de prótesis desadaptadas.	24
2.4 Biomecánica de prótesis total.	25
2.4.1 Retención	25
2.4.2 Estabilidad	26
2.4.3 Soporte	26
2.4.4 Superficie del tejido	26
2.4.5 Adhesión	26
2.4.6 Cohesión	27
2.4.7 Tensión superficial.	27
2.4.8 Sellado periférico.	27
2.4.9 Control Neuromuscular.	27

2.5	Principios básicos en prótesis parcial removible.	27
2.6	Edad	28
2.7	Género	29
2.8	Trauma por oclusión inadecuada.	29
2.9	Higiene Oral.	29
2.10	Saliva.	30
2.11	Cambios en la flora oral.	30
2.12	Hipersensibilidad a los materiales.	31
2.13	Sensibilidad del lecho de la estructura protésica y la mucosa.	31
2.14	Reabsorción del hueso alveolar.	32
2.15	Cambios en la mucosa oral.	32
2.15.1	Humedad, resiliencia y estructura de la mucosa.	32
2.15.2	Movilidad Lingual.	33
2.15.3	Límites de acción en cuanto a la mucosa vestibular y ligamentos.	33
2.15.4	Reacciones alérgicas.	34
2.15.5	Alteraciones Neurológicas.	34
2.15.6	Alteraciones motoras.	34
2.16	Estomatitis subprotésica en asociación con Cándida.	34
2.17	Consumo de alcohol.	35
2.18	Factores Sistémicos.	36
2.19	Estrés	36
2.20	Clasificación de Estomatitis.	37
2.20.1	Clasificación de Newton.	37
2.21	Localización de estomatitis subprótesis.	39
3	<i>MATERIALES Y MÉTODOS.</i>	39
3.1	LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.	39

3.2	PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.	39
3.3	RECURSOS EMPLEADOS.	40
3.3.1	RECURSOS HUMANOS	40
3.3.2	RECURSOS FÍSICOS	40
3.4	UNIVERSO	41
3.5	MUESTRA	41
3.5.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA	41
3.5.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA	41
3.5.3	CRITERIOS DE ELIMINACION	41
3.6	TIPO DE INVESTIGACIÓN	41
3.7	PROCEDIMIENTOS	42
4.	RESULTADOS	43
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Estomatitis tipo II Newton. ²	24
Figura 2 Lesión sigue el recorrido de la base. (caso clínico)	25
Figura 3 Prótesis total libre de colorantes para casos de sensibilidad. ¹⁵	31
Figura 4 Cultivo de Cándida albicans ²³	35
Figura 5 Estomatitis tipo I ²	37
Figura 6 Estomatitis tipo II ²	38
Figura 7 Estomatitis tipo III ²	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 DISTRIBUCION DE APARICION DE LESIONES FRENTE AL CONSUMO DEL ALCOHOL	43
Tabla 2 DISTRIBUCION DE APARICION DE EST. SUBPROTESIS FRENTE A CONSUMO DE TABACO.	45
Tabla 3 DISTRIBUCION DE PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTEMICAS FRENTE A ESTOMATITIS SUBPROTESIS.....	47
Tabla 4 DISTRIBUCION PROTESIS DESADAPTADAS (OCLUSION) FRENTE A ESTOMATITIS SUBPROTESIS	49
Tabla 5 DISTRIBUCION DE GENERO EN RELACION A ESTOMATITIS SUBPROTESIS	51
Tabla 6 DISTRIBUCION DE USO CONTINUO DE PROTESIS FRENTE A ESTOMATITIS SUBPROTESICA	53

ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico 1 DISTRIBUCION DE APARICION DE LESIONES FRENTE AL CONSUMO DEL ALCOHOL	44
Grafico 2 DISTRIBUCION DE APARICION DE EST. SUBPROTESIS FRENTE A CONSUMO DE TABACO.....	46
Grafico 3 DISTRIBUCION DE PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTEMICAS FRENTE A ESTOMATITIS SUBPROTESIS.....	48
Grafico 4 DISTRIBUCION PROTESIS DESADAPATADAS (OCLUSION) FRENTE A ESTOMATITIS SUBPROTESIS	50
Grafico 5 DISTRIBUCION DE GENERO EN RELACION A ESTOMATITIS SUBPROTESIS	52
Grafico 6 Uso constante de la prótesis.....	54

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Operacionalización de variables.....	XXII
---	------

ÍNDICES DE ANEXOS

Anexo 1	61
Anexo 2	62
Anexo 3	63
Anexo 4	64

RESÚMEN

Problema: La estomatitis subprótesis es una enfermedad multifactorial que afecta a la mucosa que se encuentra por adyacente a la prótesis removible que porta el paciente. Propósito: Determinar prevalencia de estomatitis y su relación con diferentes factores de riesgo. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo transversal en pacientes portadores de prótesis total y parcial removible, que acudieron a la clínica de odontología de la UCSG (N=54), donde se observó la presencia de la lesión y su relación con el consumo de alcohol y tabaco, tiempo de uso, calidad de la prótesis y género somático. Resultados: El 35% del total de la muestra, los cuales representan a 19 pacientes que no consumen alcohol, si presentaron la lesión. Mientras que, en pacientes que si consumen alcohol se reflejó que solo 1,9% presentaron la lesión. El 53% correspondiente a 29 individuos, no presentaron lesión por consume de Tabaco y solo el 1,9% de pacientes fumadores presentaron la enfermedad. Por otro lado, pacientes que presentaron enfermedades sistémicas, del 9,3% total, el 7,4% reflejó la enfermedad. Los pacientes que presentaron utilización de prótesis con una oclusión satisfactoria, el 55,6%, no presentaron signos de lesión en mucosa. En cuanto al género somático el 25,9% de sexo femenino presenta estomatitis. En el uso continuo de prótesis se determinó que el 25,9% no presentaba afectación, así mismo en pacientes sin uso continuo se dio el 37,0% sin lesión. Conclusión: Existe un predominio de la afectación en pacientes de género femenino, el consume de alcohol y Tabaco no influye en la aparición de la enfermedad. Las enfermedades sistémicas se encuentran como factor predisponente en la aparición de la lesión, así como, la utilización de prótesis desadaptadas. El uso continuo o no de la prótesis no tuvo relevancia alguna en la prevalencia de la enfermedad. Recomendaciones: Determinar la relación de estomatitis con diferentes variables, utilizar una muestra de mayor tamaño y realizar estudios observacionales prospectivos. **Palabras clave:** Prevalencia, prótesis, estomatitis, removible, total, subprotésica.

ABSTRACT

Background: Denture Stomatitis is multifactorial illness that affects underneath and proximal mucous of the removable denture that is worn by the patient. **Purpose:** Determine prevalence of denture stomatitis and its relation with different risks factors. **Materials and Methods:** A descriptive study in partial and complete denture wearers, that assisted to UCSG dentistry clinic (N=54), where the presence of the injury and its relationship with alcohol and tobacco consumers, time of use, denture quality and gender were observed. **Results:** 35% of the total of the sample, which represent 19 patients who do not use alcohol, presented the pathology. While in patients who do consume alcohol reflected only 1,9% of presence. 53% of patients that smoke did not presented stomatitis and only 1,9% of tobacco users had the pathology. In the other hand, from the 9,3% of the total of patients with systemic diseases 7,4% reflected denture stomatitis. Patients, who wore dentures with satisfactory occlusion, didn't presented signs of injuries in mucous tissue. In gender, 25% of female patients presented stomatitis. Continuous usage of dentures reflected that 25,9% of patients didn't had stomatitis, however, the uncontinuously usage of dentures by patients represented the 37% of disease appearance. **Conclusion:** It exists a majority of stomatitis prevalence in female patients, alcohol and tobacco consumption has no influence on stomatitis appearance. Systemic diseases are a predisposal factor in appearance of the injury, as it is with the usage of dentures with non-satisfactory occlusion. Continuous usage of dentures didn't have any relevance with stomatitis prevalence. **Recommendations:** Determine relationship between denture stomatitis with different variables, use bigger samples and develop prospective studies. **Key words:** Prevalence, prosthesis, stomatitis, removable, complete, denture.

Introducción

La estomatitis subprotésica es una patología de etiología variable o multifactorial, que se manifiesta de manera clínica con úlceras e inflamación que sigue el contorno de la prótesis utilizada por el paciente. Esta patología sería entonces determinada como una enfermedad de tipo inflamatoria, este eritema se puede presentar por el tipo de material por el cual está compuesta la prótesis o incluso por el simple hecho de la presencia de ella en boca. Existen varios tipos de estomatitis subprotésica, por tanto tomaremos en cuenta la clasificación de la patología basada en el grado de afectación que representa.

La estomatitis subprótesis, puede tener grandes afectaciones en el paciente portador del aparato removible, como picor o escozor por periodos continuos, aunque en la mayoría de los casos se presenta asintomática.² Aunque en varios estudios se afirma un porcentaje de entre 25%-65% de aparición de la patología, se considera que el 50% de los pacientes portadores de la prótesis removible son posibles candidatos a padecer la patología en algún momento. Existen varios factores asociados a dicha enfermedad, como lo es la colonización de la *Cándida albicans* en pacientes afectados por estomatitis subprotésica, por el grado de acidez que se genera por el uso continuo de la prótesis removible.³

Por lo tanto, el propósito de este estudio es determinar o dar a conocer la prevalencia que representa esta patología, así como los factores asociados a ella. Por lo cual, se considera oportuno realizar esta investigación en los pacientes portadores de prótesis removible que fueron atendidos en la clínica de odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo pretende llegar a determinar la relación que mantienen la aparatología protésica con la estomatitis posterior a su realización en la facultad de odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Ya que, es una enfermedad que afecta a un número elevado de pacientes portadores de prótesis, por lo tanto, se convierte en una problemática de primer plano en la práctica odontológica regular y en la satisfacción del paciente posterior a su tratamiento. De esto, parte la necesidad de conocer sus efectos colaterales. Información que le será de gran utilidad a profesionales y estudiantes de odontología que apliquen este método restaurador para evitar futuras complicaciones.

1.2 OBJETIVOS

1.3 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removible, tratados en la clínica de odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Dar a conocer la relación de la enfermedad con el uso de alcohol y tabaco.
2. Determinar si el tiempo de utilización de la prótesis influye en la aparición de la enfermedad.
3. Analizar el índice de afectación en pacientes cuyas prótesis están desadaptadas.
4. Determinar la relación de la estomatitis subprotésica con pacientes que padezcan de afectaciones sistémicas.
5. Determinar la prevalencia de la aparición de estomatitis subprotésica.

1.4 HIPÓTESIS

La estomatitis subprotésica se presenta por la utilización continuo de prótesis removibles, hábito de consumo regular de alcohol y tabaco, pacientes que padecen enfermedades sistémicas y calidad inadecuada de aparatos protésicos removibles.

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. **¿Es el uso frecuente de alcohol y tabaco un causante de la estomatitis subprotésica?**

2. ¿El periodo de tiempo de uso de la prótesis removible es un factor condicionante para que se presente la estomatitis subprotésica?
3. Calidad de la prótesis ¿Las prótesis desadaptadas(oclusión), causan la aparición de la patología?
4. ¿Las enfermedades sistémicas son una causa para la aparición de estomatitis subprotésica?
5. ¿En que genero somático se presenta mas predominante la estomatitis subprotesis?

1.6 VARIABLES

1.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Estomatitis Subprotésica.

1.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

1. Hábitos del paciente.
2. Enfermedades sistémicas.
3. Calidad de la prótesis.
4. Uso continuo de la prótesis.

1.6.3 VARIABLE INTERVINIENTE

Predilección de género: Masculino o Femenino.

1.6.4 Operacionalización de variables

DENOMINACIÓN DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES
Variable dependiente Estomatitis Subprotésica.	La estomatitis subprotésica es una patología de etiología multifactorial,		

	<p>la cual comprende varias fases y que comprende una clasificación dependiendo de su grado o nivel de afectación o lesión.</p>		
<p>Variable independiente</p> <p>Hábitos del paciente.</p>	<p>Los hábitos perjudiciales para el paciente se presentan en cualquier tipo de patologías que comprenda el ser humano, por esto es importante determinar si la estomatitis subprótesis está ligada al consumo continuo de alcohol o tabaco.</p>	<p>Pacientes con o sin hábito de fumar o tomar en universo a investigar.</p>	<p>Consumo de alcohol.</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Consumo de tabaco.</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

<p>Variable independiente</p> <p>Enfermedades sistémicas.</p>	<p>Las enfermedades sistémicas son un factor a tomar en cuenta en cada paciente que atendemos, debido a su gran prevalencia en la comunidad actual, estas enfermedades muchas veces nos derivan a otro tipo de riesgos en el tratamiento.</p>	<p>Determinando la prevalencia de enfermedades sistémicas en pacientes con estomatitis subprotésica.</p>	<p>Enfermedades sistémicas:</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es sí, ¿cual?</p> <hr/>
<p>Variable independiente</p> <p>Calidad de la prótesis.</p>	<p>La calidad del tratamiento o aparato restaurador con el que vamos a trabajar, constituye un factor de suma importancia para el pronostico del tratamiento.</p>	<p>Determinar la calidad de la prótesis removible en base a análisis de M.H. FIGUEIRA.</p>	<p>Oclusión.</p> <p>Satisfactoria</p> <p>No Satisfactoria</p>

<p>Variable Independiente.</p> <p>Uso continuo de la prótesis.</p>	<p>Tiempo en boca.</p>	<p>Determinando si el uso regular de la prótesis removible constituye un factor de riesgo considerable.</p>	<p>Usa constantemente la prótesis removible?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>Variable interviniente</p> <p>Género.</p>	<p>En muchos casos el género del paciente influye en la aparición de ciertos factores, en este caso la patología, ya que, cada género posee características propias.</p>	<p>Determinando la características somáticas propias de cada género en el universo de pacientes a observar.</p>	<p>Hombre <input type="checkbox"/></p> <p>Mujer <input type="checkbox"/></p>

Cuadro 1 Operacionalización de variables

1. MARCO TEÓRICO

2.1 Estomatitis Subprotésica

La estomatitis subprotésica es considerada como la inflamación y la alteración de la superficie de la mucosa que comprende la porción de soporte de la cavidad oral, esta patología se presenta en pacientes portadores de prótesis totales que se encuentran mal adaptadas, pacientes que presentan enfermedades sistémicas, higiene oral deficiente, consumo de regular de alcohol y tabaco, entre otras. Se presenta de diferentes maneras en la cavidad bucal, como lo son, hinchazón en la porción que se encuentra en contacto con el aparato removible, enrojecimiento y engrosamiento del tejido.^{1,2,4,9}

Por lo general es una lesión sin sintomatología aunque en algunos casos se puede presentar con síntomas como calor, ardor, rubor, dolor, halitosis y zonas edematizadas.⁵

La aparición de la estomatitis subprocesos es inevitable, debemos estar consientes de que incluso al colocarle una prótesis a un paciente sano vamos a obtener cambios intraorales. varios estudios sugieren que hasta dos tercios de los individuos que utilizan aparatología removible pueden sufrir de la patología, sin embargo la aparición de la sintomatología se da en la minoría, lo que incluiría dolor, picor o la sensación de ardor o quemazón.^{1,2,4,5,9}

El uso regular de las prótesis removibles que estén mal confeccionadas, sobretodo tomando en cuenta el factor oclusión, ocasionan que las repercusiones en la mucosa sea de una intensidad mayor a lo que se consideraría como normal en la adaptación fisiológica del aparato en boca. Este estímulo inadecuado aplicado continuamente sobre el tejido producirá una lesión, lo cual deriva en una irritación y la posterior inflamacion.^{1,2,4,9}

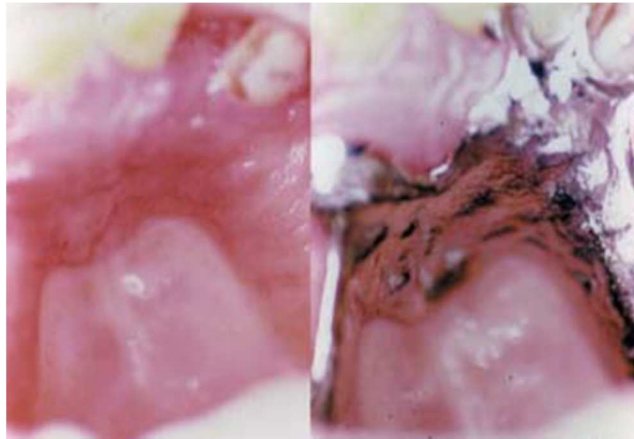


Figura 1 Estomatitis tipo II Newton. ²

2.2 ETIOLOGÍA

El origen de esta patología según numerosos estudios realizados a lo largo de la historia podemos determinar que es de origen multifactorial, sin embargo no podemos decir que es una relación directa causa y efecto de un factor en especial. Entre las causas más relevantes se encuentran, el consumo regular de alcohol, tabaquismo, condiciones sistémicas, edad, uso continuo de prótesis removibles en mal estado, problemas de oclusión, deficiente higiene oral, colonización por *Cándida albicans* y estrés.^{1,3}

2.3 Trauma por uso continuo de prótesis desadaptadas.

El trauma ejercido por la utilización continua de prótesis removibles se presenta principalmente por la desadaptación que presenta la aparatología removible en la superficie de la mucosa en la cual va colocada, lo que se refleja en irritación e inflamación del tejido. Se presenta con mayor sintomatología en pacientes que utilizan prótesis antiguas, erróneamente adaptadas a la mucosa y sea por un ajuste oclusal inadecuado o por mal diseño por parte del profesional. Sin dejar atrás el factor de que por el simple hecho de que exista un cuerpo extraño sobre la mucosa, será imposible la función de limpieza o autólisis que es realizada por la lengua en la cavidad oral de manera fisiológica. Lo que condiciona a que hongos y bacterias que residen en la cavidad oral aumenten su número, en especial en la zona de

asentamiento de la prótesis, esto sumado a que si la prótesis esta vieja la superficie del acrílico se vuelve porosa o rugosa lo cual también favorece a la acumulación de residuos de alimentos.^{2,3}

Las prótesis removibles deben cumplir con diferentes factores de calidad físico, químico y mecánicos para que puedan ser utilizadas por el paciente con comodidad.



Figura 2 Lesión sigue el recorrido de la base. (caso clínico)

2.4 Biomecánica de prótesis total.

El reconocimiento, entendimiento y la incorporación de ciertos factores mecánicos, biológicos y físicos son necesarios para asegurar el tratamiento óptimo de las prótesis removibles. Estos factores van a ser los determinantes que promuevan las propiedades de estabilidad, retención y soporte en las prótesis y su influencia con la relación entre la base de la prótesis y la superficie de la mucosa adyacente.^{2,3,4}

2.4.1 Retención

La retención es la resistencia al desplazamiento de la base protésica en relación a la cresta.

BOUCHER describió esta propiedad como la de menor relevancia, sin embargo, provee confort psicológico a los pacientes. Si una prótesis se disloca mientras se habla o se realiza la función masticatoria, la experiencia podría ser de gran repercusión traumática psicológicamente. Una prótesis lo

suficientemente retentiva contribuye a la aceptación del paciente al terminar el tratamiento.^{3,4}

2.4.2 Estabilidad

Se defina a la estabilidad protésica como la resistencia a las fuerzas rotacionales y horizontales. Esta propiedad previene las maniobras laterales o anteroposteriores de la base protésica. Esta propiedad es de las más significativas en cuanto a confort para el paciente. La inestabilidad de una prótesis afecta de manera adversa las propiedades de retención y soporte, lo que resulta en fuerzas perjudiciales para la cresta alveolar durante la función.^{3,4}

2.4.3 Soporte

Es la resistencia a movimientos de tipo vertical de la base protésica en relación a la cresta. Esta propiedad mantiene las relaciones oclusales predeterminadas establecidas previamente en el articulador. Una prótesis total debe funcionar idealmente solo mientras la propiedad de soporte sea suficiente para resistir las fuerzas intrusivas durante la carga.^{3,4}

2.4.4 Superficie del tejido

Varios factores tanto biológicos como físicos han sido descritos para determinar la relación de la superficie de la base protésica con el tejido blando adyacente que proveerá la retención óptima de la prótesis. Aunque en la actualidad existen mecanismos magnéticos, implantes, attachments mecánicos y procedimientos de cirugías reconstructivas en algunas situaciones, no substituyen el hecho de que se conozcan los principios científicos que están involucrados en la retención de una prótesis total removible.^{3,4,8,12} Los factores más comunes de retención incluyen:

2.4.5 Adhesión

Es la fuerza física que se impone en la atracción de moléculas que no son similares. Una gota de agua introducida en una superficie plana, resistirá el

movimiento lejos de la misma en proporción a la adhesión en materiales distintos.^{1,2,6}

2.4.6 Cohesión

Es el factor físico de fuerza electromagnética actuando entre moléculas del mismo material. Las fuerzas de cohesión son las responsables del mantenimiento de continuidad de una gota de fluido cuando es puesta en contacto con otro material.^{1,2,6}

2.4.7 Tensión superficial.

La tensión superficial, es el fenómeno en el cual dos superficies solidas en intimo contacto son unidas por un fluido, esta opera en virtud de una capa muy fina de fluido, así mismo, trabaja en función del contacto intimo de la prótesis con el tejido, el grado de contacto, ya sea en función o en descanso, será brindado por la técnica que sea utilizada al momento de realizar la impresión definitiva.^{1,3,6}

2.4.8 Sellado periférico.

Es el factor biológico que incluye el contacto intimo de los bordes de la prótesis con los tejidos blandos adyacentes. El sellado rodea la circunferencia de la prótesis e incluye características como el sellado posterior para alcanzar efectividad superior.^{1,2,3,6}

2.4.9 Control Neuromuscular.

El factor neuromuscular se refiere a las fuerzas funcionales que son ejercidas por la musculatura del paciente, la cual puede afectar la retención. Este es un fenómeno biológico normal. Ciertas características pueden ser incorporadas en los contornos externos de la base protésica para promover un mejor control neuromuscular.³⁰

2.5 Principios básicos en prótesis parcial removible.

Para que el tratamiento de porciones parcialmente edéntulas en boca podemos recurrir a la utilización de las prótesis parciales removibles. Para que

este tratamiento sea exitoso, deberá ser diseñada una estructura en el cual sea sencilla la colocación y desalojamiento de la prótesis por el paciente. La omisión de un principio básico en el momento de la realización del diseño protésico frecuentemente resulta en fracaso.⁷ Para evitar fracasos en el desarrollo de este tratamiento debemos considerar los siguientes factores:

- Utilización de paralelizador. Para determinar de manera eficiente el eje de inserción de la prótesis, el ecuador dentario, evaluación de porciones retentivas, interferencias y determinación angular.⁷
- Proceder en la realización secuencial de los procedimientos de preparación clínicos, nivelando el plano oclusal, re contorneando superficies proximales, preparación de superficies vestibulolinguales, preparación de apoyos y el respectivo pulido de superficies modificadas o alteradas.⁷
- Verificar salud en tejidos de soporte. Ya sea la evaluación periodontal de los dientes pilares así como el análisis correcto del estado de salud de la mucosa donde será colocada la base protésica.⁷
- Diseño adecuado para cada caso en especial, considerando anatomía y principios básicos fundamentales para un correcto desempeño en función y descanso.⁷
- Tener claros fundamentos oclusales. Considerando siempre que no pueden ser aplicados los mismos principios de oclusión a una dentición protésica en comparación con una natural, ya que, se tendrá como factor adicional la diferencia de soporte.⁷

Respetando los fundamentos básicos de elaboración será significativamente reducida la posibilidad de la aparición de estomatitis subprotésis en dentaduras removibles, ya que, pose un coadyuvante que carece la prótesis total, los pilares.

2.6 Edad

Se considera que la aparición de la estomatitis subprótesis en edades avanzadas de vida esta ligado a los cambios degenerativos normales que son producidos con el avance de la edad del paciente a lo largo de su vida, lo que conduce a que su organismo se debilite de forma funcional y a deficiencias en cuanto a resistencia inmunológica lo que lo haría mas propenso a sufrir patologías de origen infecciosas y traumaticas.^{8,9}

Se le otorga también la conclusión de este resultado, a otras investigaciones que señalan que los tejidos intraorales sufren variaciones de colágeno lo cual hace que su capacidad de regeneración disminuya con el paso de la edad, así mismo, reduciendo el área de soporte necesaria para la prótesis, debido a una reabsorción alveolar y disminución significativa de producción salival.^{8,9,10}

2.7 Género

La estomatitis subprótesis se observa mas predominante en el genero femenino, esto se debe, a que la mujer prioriza mas su apariencia estética que en el caso de los pacientes masculinos, que prefieren por lo general la comodidad antes que la estética haciendo que usen las prótesis durante periodos menos prolongados que en comparación con las mujeres.^{3,16,25,26}

No se encuentra completamente claras las razones primordiales de las prevalencia de la estomatitis subprótesis en pacientes de sexo femenino, pero se especula que mucho depende de su constante cambio hormonal, así como los procesos de degeneración ósea que incrementa el riesgo de la reabsorción del reborde residual, lo que conlleva a un desajuste de la prótesis en boca.^{3,16,25,26}

2.8 Trauma por oclusión inadecuada.

Una oclusión errónea puede significar el desencadenamiento de varias patologías tanto en boca como en el sistema masticatorio del paciente, esto se da por el sistema de compensación de los músculos que trabajan en el proceso de masticación regular. Es por esto, que se debe trabajar en función de la relación céntrica de cada individuo particularmente, evitando contactos prematuros nocivos, así mismo, la remoción de la prótesis al momento de dormir para prevenir que se genere una parafunción nocturna, la cual es una de las causantes principales de las lesiones inflamatorias en la mucosa.^{1,3,10,12,13}

2.9 Higiene Oral.

Al momento de tomar en cuenta el factor de higiene en pacientes portadores de prótesis removibles, se adjunta a su limpieza oral, la higiene de su

estructura protésica, ya que, de no ser mantenida de manera correcta, será un lugar perfecto para el alojamiento de microorganismos que colonizaran la superficie del reborde alveolar en la cual se encuentra adyacente el aparato protésico. Varios estudios comprueban que un porcentaje bastante elevado de pacientes que utilizan prótesis removible y no comprenden una higienización adecuada de su cavidad oral son mas propensos a desarrollar estomatitis subprotésica.^{12,30}

2.10 Saliva.

Cantidad, calidad y fluidez de a saliva. El factor causal de una disminución salival o del flujo de la misma se debe por lo general a una degeneración de las glándulas mucosas de tamaño reducido en pacientes que utilizan la prótesis durante el día y la noche (pacientes intensivas), ya que la estasis de la secreción conlleva a una respuesta inflamatoria y a su vez se pierde el parénquima secretor de saliva. Este mismo fenómeno puede ser observado en pacientes a los cuales se les ha aplicado radioterapia en el sector craneal. La escasez de saliva hace que la mucosa se reduzca y por consiguiente la retención se pierde, a su vez, se reduce la lubricación en el lecho donde descansa la base protésica provocando lesiones por fricción.^{1,3,8,13,17}

Es indispensable que el paciente portador de la prótesis, desarrolle un plan de limpieza para su estructura y que comprenda lo primordial que es para su salud la aplicación de la misma. Haciendo una rutina de cepillar la prótesis a diario, colocación de la prótesis con manos libres de bacterias, utilización de colutorios bucales, retirar la prótesis durante la noche para que se encuentre en un ambiente libre de humedad por algunas horas, lo cual reducirá significativamente la presencia de *Cándida Albicans*, con terapias fungicidas y antifúngicas, el paciente se vera mínimamente afectado por la colonización microbiana, lo cual a su vez, reducirá el riesgo de sufrir de estomatitis subprotésica por higiene deficiente.^{1,3,8,13,17}

2.11 Cambios en la flora oral.

Las prótesis removibles pueden producir diferentes tipos de cambios ambientales. La flora puede ser alterada como resultado del desbridamiento

de la comida y la placa que es recolectada entre la superficie mucosa de la prótesis y el reborde alveolar. Sumado a esto, la saliva que se encuentra presente entre la prótesis y la mucosa, disminuirá considerablemente el PH salival mas de lo normal.^{3,13,14}

Sheppard.³¹ Reporto que el 46.1% de pacientes que utilizan prótesis han experimentado lesiones orales. Clasificando estas como inflamatorias, hipertróficas, ulceradas, lesiones leucoplásicas que incluían candidiasis, y queilosis.

2.12 Hipersensibilidad a los materiales.

La hipersensibilidad puede ser un síntoma que afecta a los pacientes portadores de prótesis removibles, particularmente al compuesto polimetilmetacrilato, sin embargo varios estudios reportan que es muy poco común y que oscila en un rango de 1%. Aun así se debe estar consiente que varios factores pueden llevar al paciente a experimentar un síntoma similar. La candidiasis por uso de prótesis, el síndrome de boca ardiente e incluso el traumatismo físico ocasionado por una prótesis pueden ser malinterpretados como una reacción de hipersensibilidad al material de la prótesis.¹⁵



Figura 3 Prótesis total libre de colorantes para casos de sensibilidad.¹⁵

2.13 Sensibilidad del lecho de la estructura protésica y la mucosa.

Al realizar cambios o alteraciones de la sensibilidad, se ve incrementado el riesgo de la aparición de lesiones por presión, esto es debido a que el control de cargas en función es casi imposible. Este tipo de sensibilidad aumentada se puede presenciar en tratamientos de trasplantes mucosos en las

reconstrucciones de crestas con materiales de tipo alopásticos, lo cual hace que la superficie mucosa se haga mas intolerante a los materiales de la prótesis y la carga que es ejercida por la misma.³⁰

2.14 Reabsorción del hueso alveolar.

Si se presenta una reabsorción aumentada en el hueso alveolar, se vera clínicamente la mucosa abultada en la zona del colapso. Al estar el hueso alveolar reducido afecta a las articulaciones maxilares disminuyendo su estabilidad funcional. Dependiendo del tiempo que el paciente ha estado sin piezas dentarias, se vera aumentada la perdida ósea, por consiguiente, la substitución fisiológica del hueso por un tejido conjuntivo denso(eminencia flácida) hará que el posicionamiento de la prótesis sea en base a los huesos maxilares, aumentando el riesgo de lesiones por presión y oclusión traumática, la capacidad de tolerar estas fuerzas depende exclusivamente de la calidad y el espesor de la mucosa.³⁰

2.15 Cambios en la mucosa oral.

Es necesario, siempre que se presente algún tipo de patología en la mucosa oral, que sea debidamente tratada. En su mayoría la causa esencial de procesos inflamatorios se deben al vinculo que existe entre la utilización de la prótesis y la placa, por lo tanto, eliminando el factor placa, reduciremos considerablemente la afectación de la lesión o incluso la eliminaremos.

Estas erosiones o eritemas se exacerban por las fuerzas horizontales de la base, las cuales en algunos casos se deben a interferencias oclusales indeseadas. Al momento que se erosiona y se inflama la mucosa que se encuentra debajo de la prótesis, se convertirá rápidamente en un ambiente húmedo y de temperatura lo suficientemente cálida para que se cultiven hongos de tipo Cándida, ocasionando sensación de picor y ardor.^{12,16,25}

2.15.1 Humedad, resiliencia y estructura de la mucosa.

La superficie mucosa es el lugar de asentamiento fundamental de la base protésica. La capacidad de la mucosa de humedecerse es de suma importancia para una correcta amortiguación fisicomecánica y la resistencia

que poseerá frente a estímulos químicos, alérgicos, microbiológicos y tóxicos.^{12,16,25}

Si la mucosa es sensible, poco vascularizada y delgada, es más predisponente a desarrollar inflamación y lesiones por presión. Incluso aplicando un tratamiento antimicótico, para tratar la lesión, no se obtendrá el resultado deseado debido al metabolismo deficiente de la mucosa delgada.

Si la mucosa se encuentra engrosada excesivamente, produce una eminencia blanda o flácida, la cual provoca una falta de estabilidad horizontal en la base protésica.

2.15.2 Movilidad Lingual.

La movilidad lingual descontrolada puede significar un factor de gran repercusión en la capacidad de retención de la prótesis, ya que ocasiona maniobras perjudiciales sobre la mucosa adyacente, provocando lesiones por fricción o trauma.³⁰

2.15.3 Límites de acción en cuanto a la mucosa vestibular y ligamentos.

La extensión de la base protésica está condicionada al tamaño que comprenden los límites de acción. Los ligamentos y mucosa vestibular no deben ser superados en tamaño, ya que, en caso de hacerlo, se corre el riesgo de que la prótesis no pueda ser colocada de manera adecuada, perdiendo retención, así como también, se aumenta la posibilidad de que este factor desarrolle úlceras por fricción. En la zona posterior el límite de acción va a estar dado por el espacio comprendido entre el paladar duro y el blando.

^{12,16,25,30}

2.15.4 Reacciones alérgicas.

Koeck,³⁰ sostiene que las reacciones de tipo anafilácticas que se presentan en mucosa frente a los materiales de la prótesis son muy escasos (2 – 4%). Mientras que se presenta una alergia superior como reacción de la mucosa y tejidos adyacentes a los metales (3 – 12%).

2.15.5 Alteraciones Neurológicas.

Estas pueden provocar un trastorno de hiposensibilidad en el área de asentamiento protésico, derivan un riesgo potencialmente mayor de la aparición de una sobrecarga de tipo mecánico del hueso adyacente y de la mucosa oral.³⁰

2.15.6 Alteraciones motoras.

Neuropatológicamente los músculos que se encuentran en la periferia oral pueden resultar perjudiciales para el mantenimiento y la colocación de una prótesis. En pacientes de edad avanzada se debe tomar en cuenta que además de las patologías fisicosistémicas existentes, poseen alteraciones psíquicas que condicionan el éxito del tratamiento protésico.^{16,30}

2.16 Estomatitis subprotésica en asociación con Cándida.

La Cándida y la Cándida albicans son microorganismos a menudo encontrados en la dentadura y mucosa oral de individuos que no presentan ningún tipo de signos de estomatitis. El rol de la cándida y en especial de la Cándida albicans, en el desarrollo de la estomatitis subprotésica esta asociada con la exacerbación del microorganismo en la superficie de la prótesis y la mucosa oral. Mientras que la C. Albicans es un organismo comensal normal de la flora bacteriana, puede convertirse en patogénico en situaciones en las que predispondría al paciente a una infección.

En lesiones crónicas orales, como es el caso de la estomatitis subprotésica, la *C. Albicans* es la especie candidial mas prevalente. Otros tipos comunes de *Candida* incluyen *C. Glabrata*, *C. Krusei*, *C. Parapsilosis* y *C. Tropicalis*. Sin embargo, estas especies, se presentan en menores cantidades que la *C. Albicans* y al parecer no contienen una prevalencia incrementada o un rol patológico en la estomatitis subprotesis.^{11,13,14,16.17.19.}



Figura 4 Cultivo de *Cándida albicans* ²³

2.17 Consumo de alcohol.

Figueiral.¹ En su estudio realizado en 2007, concluyó que los individuos que consumían alcohol regularmente y que a su vez eran portadores de prótesis removibles, comprendían una prevalencia mínima en la colonización de *cándida albicans*, por lo tanto, menos propensos a padecer estomatitis subprótesis. Sin embargo, el consumo excesivo de alcohol continuo, deteriora la función hepática y renal, a su vez, alterando la función inmunológica normal del paciente, lo que posteriormente se podría reflejar en el desencadenamiento de varias patologías estomatológicas. Al ser un deshidratante, el alcohol, consumido en cantidades elevadas podría desencadenar una especie de xerostomía, por lo cual condicionaría ambientalmente la cavidad bucal para la colonización mas efectiva de huéspedes indeseados. ¹

2.18 Factores Sistémicos.

Un grupo importante en el desarrollo de estomatitis subprotésis, son los factores de tipo sistémico, como lo son:

- Las carencias nutricionales, como falta de hierro y vitaminas las cuales están íntimamente conectadas con los desbalances en el recambio de células, así como también con procesos de reparación de epitelios, es por esto que debemos tener en cuenta específicamente en pacientes de edad avanzada, personas que padezcan trastornos psicológicos nutricionales como anorexia y bulimia.
- Pacientes que padezcan de Diabetes Mellitus, favorecerán en el mecanismo de adhesión a los hongos, esto se debe al aumento excesivo de glucosa en la saliva.
- Enfermedades de tipo degenerativas o pacientes que no puedan prescindir de medicamentos que alteren la respuesta inmunológica, como lo son los inmunosupresores que tienen como función disminuir la respuesta de la inflamación, así mismo antibióticos de espectro amplio, condicionan la cavidad bucal lo que hace que sea mas propensa ambientalmente para la colonización fúngica de la mucosa oral, lo que a su vez facilitaría el desarrollo de la estomatitis.
- El tabaquismo funciona como un gran coadyuvante en la aparición de lesiones de tipo candidáticas que se encuentran relacionadas con la estomatitis subprotésica, esto se debe a que por el consumo continuo de este hábito, la flora oral se encuentra en constantes cambios. Sin embargo no es considerado como un factor de gran repercusión.
- Xerostomía. La cantidad disminuida de saliva, que es muy frecuente en pacientes de edad avanzada, ya sea por los medicamentos que consumen o simplemente por la edad, esta íntimamente relacionada con la aparición de la estomatitis subprotésis, esto se presenta porque la saliva contiene péptidos los cuales actúan como sistema de defensa inmunológica, así también como la función mecánica de arrastre que posee el flujo salival fisiológico, el cual es sumamente antimicrobiano.
- Pacientes con VIH, por ser una enfermedad altamente inmunosupresora.^{1,3,19}

2.19 Estrés

El estrés se ha convertido en un factor de riesgo detonante de muchas enfermedades y con síntomas que repercuten a nivel general en individuos, en la estomatitis, el estrés es un desencadenante ya que provoca el aumento

de diferentes hábitos como el de fumar, el apretamiento nocturno y rechinar de los dientes, lo que a su vez ocasiona una presión mayor en los tejidos de soporte que se encuentran en íntimo contacto con la prótesis.²⁰

2.20 Clasificación de Estomatitis.

Para su correcto diagnóstico la estomatitis fue clasificada basándose en sus características clínicas y gravedad de la afectación.^{1,2,3,28,30}

2.20.1 Clasificación de Newton.

Newton, dividió la estomatitis protésica en 3 tipos, según su grado de lesión.

- Tipo I: Estomatitis subprotésica de tipo localizada simple: Es local y comprende una obstrucción salival a causa del taponamiento de los ductos por el uso de prótesis, los cuales se manifiestan clínicamente con un punteado de color rojo en la superficie de la mucosa. (Fig)
- Tipo II: Estomatitis protésica difusa simple: Enrojecimiento generalizado de superficie mucosa con inflamación difusa, hiperemia, textura lisa y atrofiada en toda la zona cubierta por la prótesis.
- Tipo III: Granular o hiperplasia granular. Hiperemia de la mucosa, aspecto nodular sobre el área recubierta y presencia de inflamación intensa.

Las de tipo I y II, son relacionadas frecuentemente con la presencia de placa fúngica o bacteriana en la superficie mucosa y en la prótesis. Existen diferentes tipos de clasificaciones como lo son las de localización y las de Bernal y Moreira, sin embargo, la escogida para el estudio es la clasificación brindada por Newton.^{1,2,3,28,30}



Figura 5 Estomatitis tipo I²



Figura 6 Estomatitis tipo II ²



Figura 7 Estomatitis tipo III ²

2.21 Localización de estomatitis subprótesis.

La localización de la estomatitis subprótesis se presenta dependiendo de cada individuo, sin embargo los principales sitios anatómicos son. En maxilar superior: Mucosa de Bóveda palatina(anterior, posterior o media). En el mandibular se presenta en general en sector posterior. ^{1,2,3,28,30}

1. Zona anterior: Papila incisiva y zona canina.
2. Zona media: Entre primer molar y región canina.
3. Zona posterior: Transición de paladar duro y blando hasta zona de primer molar.
4. Mixta. ^{1,2,3,28,30}

3 MATERIALES Y MÉTODOS.

- Mascarilla
- Guantes
- Gorros
- Gafas
- Mandil
- Baberos
- Cámara Fotográfica Profesional
- Historia clínica
- Instrumental de diagnóstico
- Chart de clasificación

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.

Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.

Semestre A 2016 de Mayo a Agosto

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4
Revisión bibliográfica	X	X	x	X
Actividad de prueba piloto	x			
Examen clínico		X		
Registro y tabulación de datos		X	X	
Resultados			X	
Entrega de trabajo				X

3.3 RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.1 RECURSOS HUMANOS

Tutor: Dr. Tony Mosquera.

Asesor metodológico: Dra. María Angélica Terreros.

Tutor estadístico: Giaffar Barquet.

3.3.2 RECURSOS FÍSICOS

Sillón odontológico

Cámara Fotográfica Profesional

Instrumental odontológico.

3.4 UNIVERSO

Alrededor de 60 personas.

3.5 MUESTRA

En el estudio formaron parte todos los pacientes que asistieron a la clínica de odontología en cátedra de prótesis total y parcial removible, que cumplían con los criterios de inclusión (n=54)

3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA

Pacientes mayores de 35 años con prótesis removibles, fotos adecuadas, bien realizadas y nítidas.

3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA

Fotografías de doble imagen, mal enfocadas y pacientes menores de 35 años.

3.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACION

Se eliminaron de la muestra pacientes que no quisieron colaborar con el estudio.

MÉTODOS:

3.6 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, observacional, no experimental y transversal.

3.7 PROCEDIMIENTOS

Se solicitó la autorización de la clínica de la UCSG para poder realizar la investigación.

Se obtuvo el universo de los pacientes que fueron atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Se aplicará el criterio de inclusión y exclusión.

Muestra de fotografías.

Análisis de variables.

Analizar datos de la muestra.

4. RESULTADOS

Tabla 1 DISTRIBUCIÓN DE APARICIÓN DE LESIONES FRENTE AL CONSUMO DEL ALCOHOL

DISTRIBUCION DE APARICION DE LESIONES FRENTE AL CONSUMO DEL ALCOHOL						
				aparición de la lesión		Total
				si	no	
consumo de alcohol	si	Recuento		1	8	9
		% dentro de consumo de alcohol		11.1%	88.9%	100.0%
		% dentro de aparición de la lesión		5.0%	23.5%	16.7%
		% del total		1.9%	14.8%	16.7%
	no	Recuento		19	26	45
		% dentro de consumo de alcohol		42.2%	57.8%	100.0%
		% dentro de aparición de la lesión		95.0%	76.5%	83.3%
		% del total		35.2%	48.1%	83.3%
Total		Recuento		20	34	54
		% dentro de consumo de alcohol		37.0%	63.0%	100.0%
		% dentro de aparición de la lesión		100.0%	100.0%	100.0%
		% del total		37.0%	63.0%	100.0%

FUENTE: Datos obtenidos en la clínica Odontológica UCSG semestre A-2016 tabulados utilizando software estadístico SPSS 22.

GRÁFICO 1

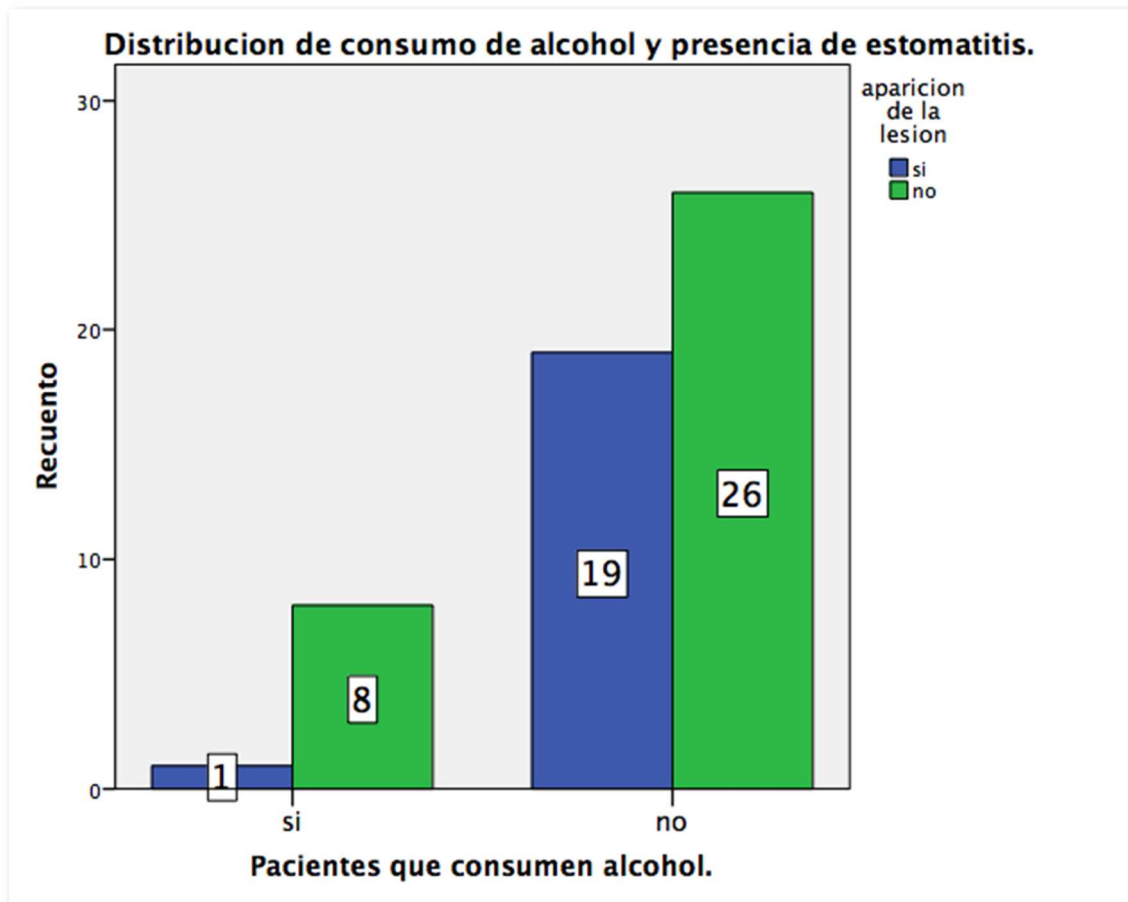


Gráfico 1 DISTRIBUCIÓN DE APARICIÓN DE LESIONES FRENTE AL CONSUMO DEL ALCOHOL

Fuente: Datos obtenidos en la clínica Odontológica UCSG semestre A-2016 tabulados utilizando software estadístico SPSS 22.

Análisis: Se determino a través de este estudio que el 48.1% de la muestra, el cual representa 26 pacientes que no consumían alcohol, no presentaron la aparición de estomatitis subprotésica. El 35% del total de la muestra, los cuales representan a 19 pacientes que no consumían alcohol, si presentaron la lesión. Mientras que, En pacientes que si tenían el habito de consumo de alcohol se reflejo que el 14,8% no presentaban estomatitis y el 1,9% presentaron la lesión. De esta manera, se llego a la conclusión de que el consumo de alcohol no tiene relevancia ni relación con la aparición de estomatitis subprotésica, corroborando esto FIGUEIRA(2007) Concluyo que el habito del consumo de alcohol, reducía el riesgo de la aparición de estomatitis subprotesis.

Tabla 2 DISTRIBUCIÓN DE APARICIÓN DE EST. SUBPRÓTESIS FRENTE A CONSUMO DE TABACO.

			aparición de la lesión		Total
			si	no	
consumo de tabaco	si	Recuento	1	5	6
		% dentro de consumo de tabaco	16.7%	83.3%	100.0%
		% dentro de aparición de la lesión	5.0%	14.7%	11.1%
		% del total	1.9%	9.3%	11.1%
	no	Recuento	19	29	48
		% dentro de consumo de tabaco	39.6%	60.4%	100.0%
		% dentro de aparición de la lesión	95.0%	85.3%	88.9%
		% del total	35.2%	53.7%	88.9%
Total	Recuento	20	34	54	
	% dentro de consumo de tabaco	37.0%	63.0%	100.0%	
	% dentro de aparición de la lesión	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	37.0%	63.0%	100.0%	

Fuente: Datos obtenidos en la clínica Odontológica UCSG semestre A-2016 tabulados utilizando software estadístico SPSS 22.

GRÁFICO 2

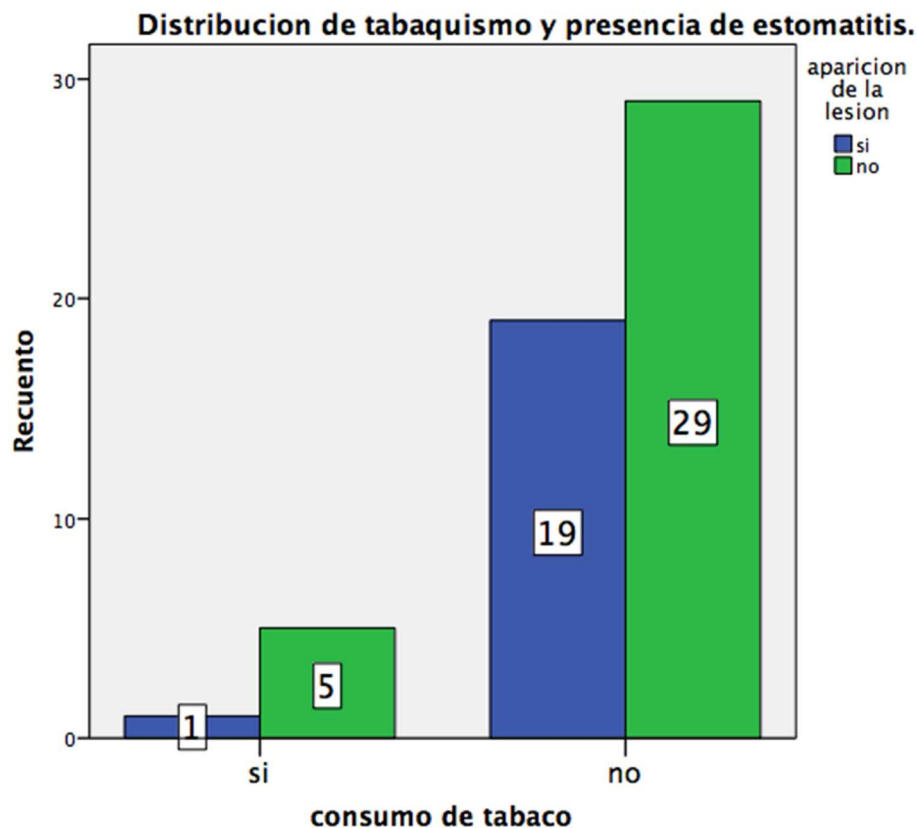


Gráfico 2 DISTRIBUCIÓN DE APARICIÓN DE EST. SUBPRÓTESIS FRENTE A CONSUMO DE TABACO.

Fuente: Datos obtenidos en la clínica Odontológica UCSG semestre A-2016 tabulados utilizando software estadístico SPSS 22.

Análisis y discusión: A través de este estudio se determinó que, en los pacientes que no consumían tabaco, el 53% correspondiente a 29 individuos, no presentaron lesión y el 35% correspondiente a 19 pacientes, si se comprobó la aparición de estomatitis. Mientras tanto, en pacientes con tabaquismo, reflejó un 9.3% correspondientes a 5 individuos sin afectación y 1.9% con estomatitis. En conclusión el estudio concuerda con el estudio realizado con SOYSA(2005) el cual afirmaba que el hábito del tabaquismo, comprende un factor de riesgo para la estomatitis por la supresión de mecanismos inmunológicos, pero no comprende una relevancia significativa que lo vincula directamente con la enfermedad.

Tabla 3 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS FRENTE A ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS.

			aparición de la lesión		Total
			si	no	
enfermedad sistémica	si	Recuento	4	1	5
		% dentro de enfermedad sistémica	80.0%	20.0%	100.0%
		% dentro de aparición de la lesión	20.0%	2.9%	9.3%
		% del total	7.4%	1.9%	9.3%
	no	Recuento	16	33	49
		% dentro de enfermedad sistémica	32.7%	67.3%	100.0%
		% dentro de aparición de la lesión	80.0%	97.1%	90.7%
		% del total	29.6%	61.1%	90.7%
Total		Recuento	20	34	54
		% dentro de enfermedad sistémica	37.0%	63.0%	100.0%
		% dentro de aparición de la lesión	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	37.0%	63.0%	100.0%

Fuente: Datos obtenidos en la clínica Odontológica UCSG semestre A-2016 tabulados utilizando software estadístico SPSS 22.

GRÁFICO 3

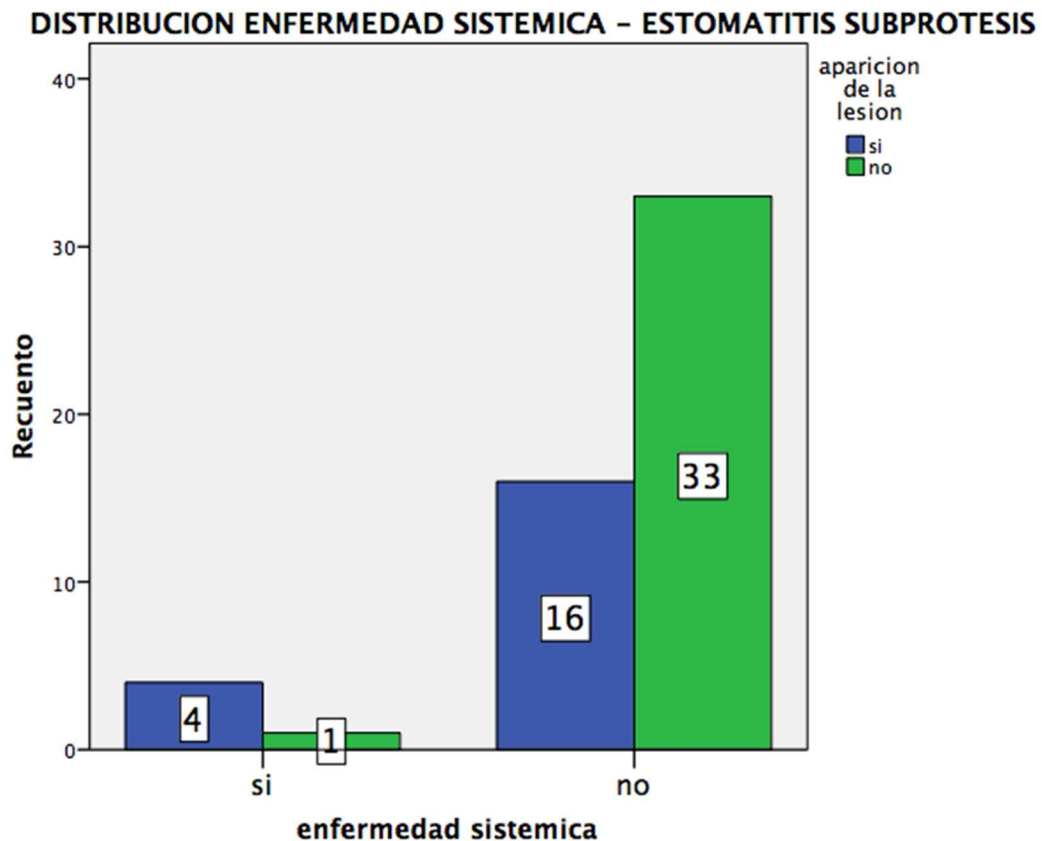


Grafico 3 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS FRENTE A ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS.

Fuente: Datos obtenidos en la clínica Odontológica UCSG semestre A-2016 tabulados utilizando software estadístico SPSS 22.

Análisis y Discusión: A partir de los resultados de este estudio, se determine que, de los pacientes de la muestra que no presentaron enfermedad sistémica, el 61,1% correspondiente a 33 individuos no presentaron signos de estomatitis y el 29% que equivale a 16 pacientes, tuvieron afectación de estomatitis subprótesis. Por otro lado, los pacientes que presentaron enfermedad sistémica del 9,3% total el 1,9% no presento signos de la lesión y el 7,4% si reflejo la enfermedad. Por consiguiente, se llego a la conclusión de que la presencia de enfermedades sistémicas, se presenta como un factor de riesgo de relevancia para la aparición de la lesión, lo cual seria corroborado por Figueiral(2009) en su estudio acerca de factores etiológicos.

TABLA 4

**Tabla 4 DISTRIBUCIÓN PRÓTESIS DESADAPATADAS (OCLUSIÓN)
FRENTE A ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS**

		aparición de la lesión		Total	
		si	no		
oclusión	Recuento	15	30	45	
	% dentro de oclusión	33.3%	66.7%	100.0%	
	satisfactoria	% dentro de aparición de la lesión	75.0%	88.2%	83.3%
	% del total	27.8%	55.6%	83.3%	
	Recuento	5	4	9	
	% dentro de oclusión	55.6%	44.4%	100.0%	
no satisfactoria	% dentro de aparición de la lesión	25.0%	11.8%	16.7%	
	% del total	9.3%	7.4%	16.7%	
	Recuento	20	34	54	
Total	% dentro de oclusión	37.0%	63.0%	100.0%	
	% dentro de aparición de la lesión	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	37.0%	63.0%	100.0%	

Fuente: Datos obtenidos en la clínica Odontológica UCSG semestre A-2016 tabulados utilizando software estadístico SPSS 22.

GRÁFICO 4

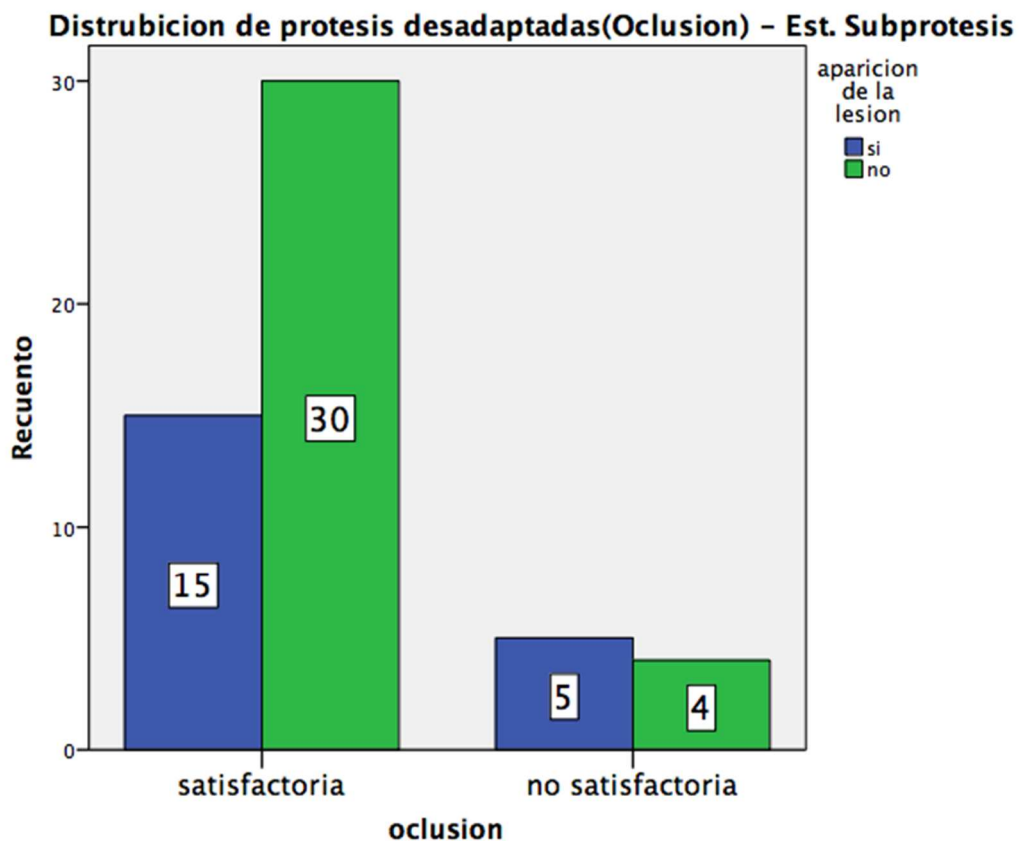


Gráfico 4 DISTRIBUCIÓN PRÓTESIS DESADAPATADAS (OCLUSIÓN) FRENTE A ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS

Fuente: Datos obtenidos en la clínica Odontológica UCSG semestre A-2016 tabulados utilizando software estadístico SPSS 22.

Análisis y Discusión: Según el estudio realizado, los pacientes que presentaron utilización de prótesis con una oclusión satisfactoria, el 55,6% correspondiente a 30 individuos, no presentaron signos de lesión en mucosa, el 27% que corresponde a 15 pacientes, si presentaron estomatitis subprótesis. Por otro lado los pacientes que presentaron prótesis desadaptadas el 9,3% del 16,7% si presentaron afectación de la lesión mientras que el 7,4% restante no presentaron signos clínicos de estomatitis. Se determino que la falta de adaptación y por consiguiente la oclusión no satisfactoria, si tiene relación con la estomatitis subprotésica. Así corrobora el estudio de PESEE (2012) afirmando que la desadaptación de la prótesis es un predictor fuerte de la aparición de la lesión.

Tabla 5 DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO EN RELACIÓN A ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS

		aparición de la lesión		Total	
		si	no		
sexo del paciente	masculino	Recuento	6	11	17
		% dentro de sexo del paciente	35.3%	64.7%	100.0%
		% dentro de aparición de la lesión	30.0%	32.4%	31.5%
		% del total	11.1%	20.4%	31.5%
femenino		Recuento	14	23	37
		% dentro de sexo del paciente	37.8%	62.2%	100.0%
		% dentro de aparición de la lesión	70.0%	67.6%	68.5%
		% del total	25.9%	42.6%	68.5%
Total		Recuento	20	34	54
		% dentro de sexo del paciente	37.0%	63.0%	100.0%
		% dentro de aparición de la lesión	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	37.0%	63.0%	100.0%

Fuente: Datos obtenidos en la clínica Odontológica UCSG semestre A-2016 tabulados utilizando software estadístico SPSS 22

GRÁFICO 5

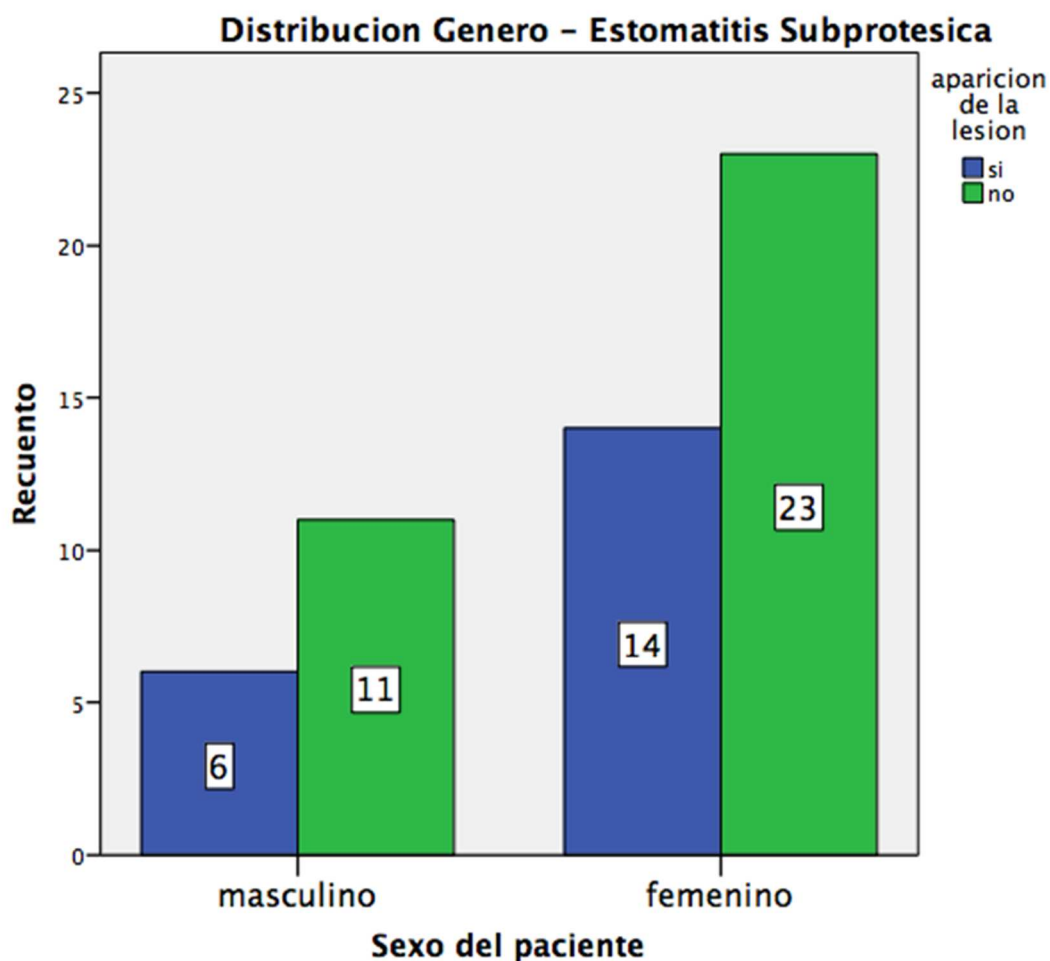


Grafico 5 DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO EN RELACION A ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS

Fuente: Datos obtenidos en la clínica Odontológica UCSG semestre A-2016 tabulados utilizando software estadístico SPSS 22

Análisis y discusión: En la población estudiada, se determine que, de los individuos de genero femenino el 42,6% correspondiente a 23 pacientes, no presentaron signos de la lesión, el 25,9% correspondiente a 6 individuos presentaron estomatitis. Por otra parte, los pacientes de genero masculino reflejaron el 20,4% sin afectación de la lesión y el 11,1% presenta estomatitis subprótesis. Con los datos obtenidos en este estudio, se llego a la conclusión de que el sexo femenino, es mas predisponente a la estomatitis subprótesis, así establecería Olsen y Arias(2011) en su estudio en cuanto a prevalencia.

TABLA 6

Tabla 6 DISTRIBUCION DE USO CONTINUO DE PROTESIS FRENTE A ESTOMATITIS SUBPROTESICA

DISTRIBUCION DE USO CONTINUO DE PROTESIS FRENTE A ESTOMATITIS SUBPROTESICA.

			aparición de la lesión		Total
			si	no	
uso constante de la prótesis	si	Recuento	13	14	27
		% dentro de uso constante de la prótesis	48.1%	51.9%	100.0%
		% dentro de aparición de la lesión	65.0%	41.2%	50.0%
		% del total	24.1%	25.9%	50.0%
	no	Recuento	7	20	27
		% dentro de uso constante de la prótesis	25.9%	74.1%	100.0%
		% dentro de aparición de la lesión	35.0%	58.8%	50.0%
		% del total	13.0%	37.0%	50.0%
Total	Recuento	20	34	54	
	% dentro de uso constante de la prótesis	37.0%	63.0%	100.0%	
	% dentro de aparición de la lesión	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	37.0%	63.0%	100.0%	

Fuente: Datos obtenidos en la clínica Odontológica UCSG semestre A-2016 tabulados utilizando software estadístico SPSS 22

GRÁFICO 6

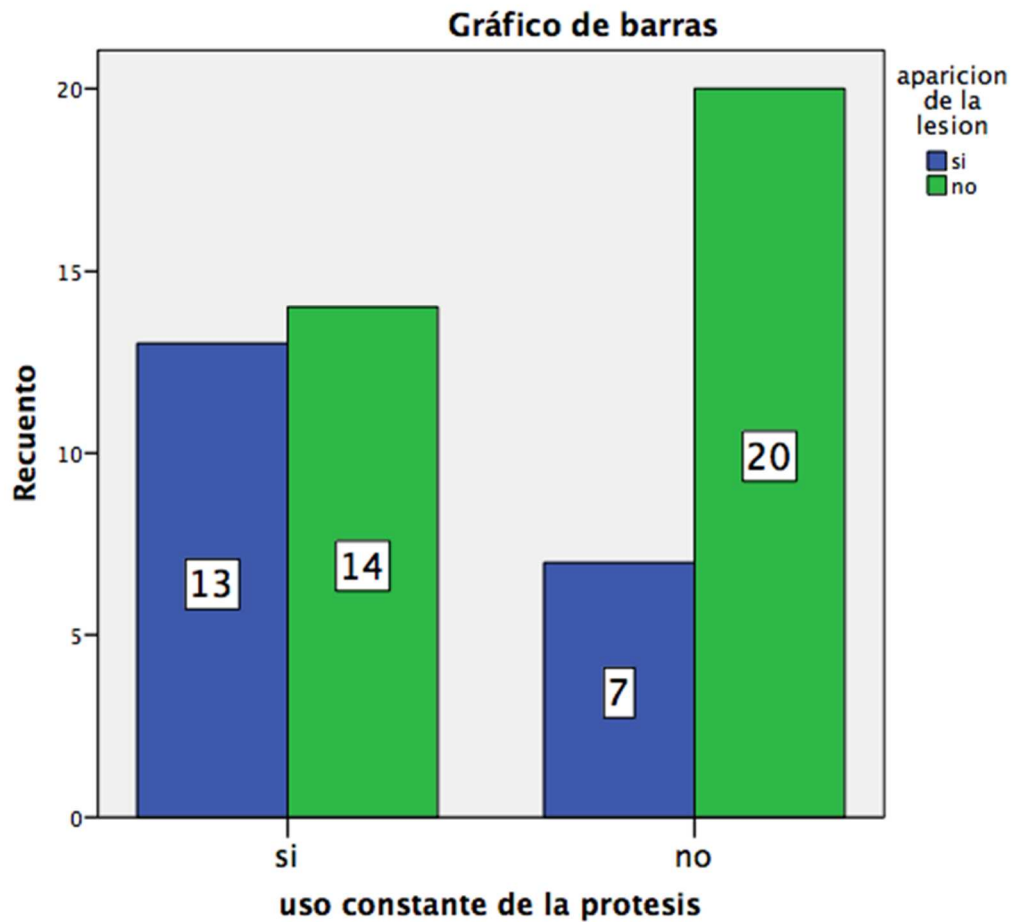


Gráfico 6 USO CONSTANTE DE LA PRÓTESIS.

Fuente: Datos obtenidos en la clínica Odontológica UCSG semestre A-2016 tabulados utilizando software estadístico SPSS 22

Análisis y discusión: Con los datos obtenidos en este estudio, se determinó que, de los pacientes que no utilizaron constantemente la prótesis removible, el 37,0% correspondiente a 20 individuos no presentaron lesiones por estomatitis subprótesis y el 24,1% correspondiente a 13 pacientes, presentaba estomatitis. Por otro lado, de los pacientes que utilizan la prótesis continuamente o tienen de hábito el uso intensivo de las mismas, el 25,9% no presentaron signos de lesión por estomatitis mientras que el 24,1% del 50% total poseen la enfermedad. Concordando con el estudio de Gasparoto(2009) el uso intensivo de prótesis removible es un hábito que posee gran repercusión en la posible aparición de estomatitis subprotésica.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones

Pacientes con habito de consumo de alcohol y tabaco.

Luego de analizar los resultados de la muestra se llego a la conclusión de que la estomatitis subprotésica no tiene relación directa con el consumo de alcohol y tabaco, sin embargo, podría ser un factor coadyuvante en el desarrollo de la enfermedad por sus repercusiones sistémicas.

Pacientes con afectaciones sistémicas.

Los resultados reflejaron una prevalencia alta de la enfermedad en pacientes sistémicos, lo que nos hace llegar a la conclusión de que existe un factor predisponente frente a la patología, sin ser a su vez un determinante seguro del posterior desarrollo de la misma.

Prótesis desadaptadas(oclusión)

Tras la evaluación de los resultados, llegamos a la conclusión de que existe una relación en la prevalencia de la enfermedad en los pacientes portadores de prótesis con una adaptación defectuosa u oclusión no satisfactoria.

Prevalencia según genero somático.

Con los datos obtenidos en este estudio, se llego a la conclusión de que el sexo femenino, es mas predisponente a la estomatitis subprótesis, sin embargo, los porcentajes presentan una asistencia mayor por parte de las mujeres a las consultas odontológicas que en relación al genero masculino.

Uso prolongado de prótesis.

En conclusión el uso continuo de prótesis removible si tiene relación con la aparición de la enfermedad, a esto debemos sumarle los factores de calidad propios de la prótesis.

RECOMENDACIONES

Determinar la relación de estomatitis con diferentes variables, utilizar una muestra de mayor tamaño y realizar estudios observacionales prospectivos.

REFERENCIAS

1. FIGUEIRAL M, AZUL A, PINTO E, FONSECA P, BRANCO F, SCULLY C. Denture-related stomatitis: identification of aetiological and predisposing factors a large cohort. *J Oral Rehabil.* 2007;34(6):448-455.
2. BARATA D, DURAN A, CARRILLO S, Estomatitis protesica. Aspectos clínicos y tratamientos. *Prof. Dent.* 2002; vol 5 Num10.
3. Gendreau Loewy Z. Epidemiology and Etiology of Denture Stomatitis. *Journal of Prosthodontics.* 2011;20(4):251-260.
4. Pesee S, Pratipsawangwong B, Pesee C. Prevalence and risk factors associated with denture stomatitis. *CU Dent Journal.* 2002;35(189-200).
5. Espasandin S, Martinez G, Reyes V, Diaz R. Estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis de más de dos años de uso. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana.* 2014;19(2).
6. Zarb G, Bolender C, Eckert S. *Prosthodontic treatment for edentulous patients.* St. Louis: Mosby; 2004.
7. Giraldo O. CÓMO EVITAR FRACASOS EN PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2008;19(2(80-82)).
8. Gasparoto T, Vieira N, Porto V, Campanelli A, Lara V. Ageing exacerbates damage of systemic and salivary neutrophils from patients presenting Candida-related denture stomatitis. *Immun. Ageing.* 2009;6(1):3.
9. Gutiérrez Segura Mildred, Sánchez Ramírez Yohandra, Castillo Santiesteban Yanet. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. *CCM [Internet].* 2013 Dic [citado 2016 Ago 24] ; 17(4): 452-460. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400005&lng=es.

10. Torres MA, Espinoza I. Trastornos odontológicos en el adulto mayor. Medwave 2009 Sep;9(9) Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/4124?ver=sindisenio>.
11. Zomorodian K, Haghghi N, Rajaei N, Pakshir K, Tarazooie B, Vojdani M et al. Assessment of Candida species colonization and denture-related stomatitis in complete denture wearers. Med Mycol. 2011;49(2):208-211.
12. Del Pilar C Bernal C. ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LA PRÓTESIS Y PRESENCIA DE LESIONES EN MUCOSAS DE PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE. Revista Kiru. 2010;7(1).
13. Bencharit S, Mendoza L, Curran A, Barrow D, Barros S et al. Clinical and Histological Findings of Denture Stomatitis as Related to Intraoral Colonization Patterns of Candida albicans , Salivary Flow, and Dry Mouth. Journal of Prosthodontics. 2012;22(1):13-22.
14. Pires F, Santos E, Bonan P, De Almeida O, Lopes M. Denture stomatitis and salivary Candida in Brazilian edentulous patients. J Oral Rehabil. 2002;29(11):1115-1119.
15. Barclay S, Forsyth A, Felix D, Watson I. Case report — Hypersensitivity to denture materials. BRITISH DENTAL JOURNAL, VOLUME , NO , OCTOBER 9. 1999;187(7).
16. Vasconcellos A. Candida-Associated Denture Stomatitis: Clinical Relevant Aspects. Clin Microbiol. 2014;03(04).
17. Altarawneh S, Bencharit S, Mendoza L, Curran A, Barrow D, Barros S et al. Clinical and Histological Findings of Denture Stomatitis as Related to Intraoral Colonization Patterns of Candida albicans , Salivary Flow, and Dry Mouth. Journal of Prosthodontics. 2012;22(1):13-22.

18. Soysa N, Ellepola A. The impact of cigarette/tobacco smoking on oral candidosis: an overview. *Oral Diseases*. 2005;11(5):268-273.
19. Oral pathology; prosthodontics: Risk factors associated with denture stomatitis in the United States. *British Dental Journal*. 2005;199(6):349-349.
20. Gallo C, Mimura M, Sugaya N. Psychological stress and recurrent aphthous stomatitis. *Clinics*. 2009;64(7).
21. García Cubillas Md. Estomatitis subprótesis en pacientes atendidos en el policlínico "Guillermo Tejas Silva". *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]*. 2015 [citado 2016 Ago 24];40(5):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/66>
22. Ley Sifontes Luis, Silva Martínez Yordana, Puig Capote Elizabet, Nápoles Isidro de Jesús, Díaz Gómez Silvia Ma. Comportamiento de la estomatitis subprótesis. *AMC [Internet]*. 2010 Feb [citado 2016 Ago 24] ; 14(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100009&lng=es.
23. Rocafuerte M, Refulio Z, Huamani J. ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. *Kiru*. 2014;11(2).
24. Garcia B, Romero C. Estomatitis subprótesis en mayores de 40 años del Hogar de ancianos Jesús Menéndez de Holguín. *C Científico Médico*. 2012;16(3).
25. Arias A. diagnóstico de las patologías de los tejidos blandos en mujeres con prótesis total o parcial. *Revista facultad de odontología Universidad de Antioquia*. 2011;9(2).
26. Rodríguez V, Arellano L, Zambrano R, Roldan M. Lesiones de los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de dentaduras totales. Los Nevados, estado Mérida. *Revista Odontológica de los Andes*. 2007;2(1).

27. Dorey J, Blasberg B, MacEntee M, Conklin R. Oral mucosal disorders in denture wearers. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 1985;53(2):210-213.
28. Olsen I. Denture stomatitis Occurrence and distribution of fungi. *Acta Odontológica Scandinavica*. 1974;32(5):329-333.
29. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med*. 2003;32(10):571-575.
30. Koeck Besford J. *Prótesis completas*. Barcelona: Elsevier, Masson; 2007.
31. Shepard F, Moon P, Grant G, Fretwell L. Allergic contact stomatitis from a gold alloy—fixed partial denture. *The Journal of the American Dental Association*. 1983;106(2):198-199.

ENCUESTA

Aparición de la lesión.

Sí

No

Consumo de alcohol.

Sí **No**

Consumo de tabaco.

Sí **No**

Enfermedades sistémicas:

Sí **No**

Si la respuesta es sí, ¿cual?

C.I.:

Oclusión.

Satisfactoria

No Satisfactoria

Usa constantemente la prótesis removible?

Sí **No**

Hombre

Mujer

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Clínica Odontológica Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Alumno: Sebastian Romero Peñaloza

Tutor: Tony Luis Mosquera Chávez.

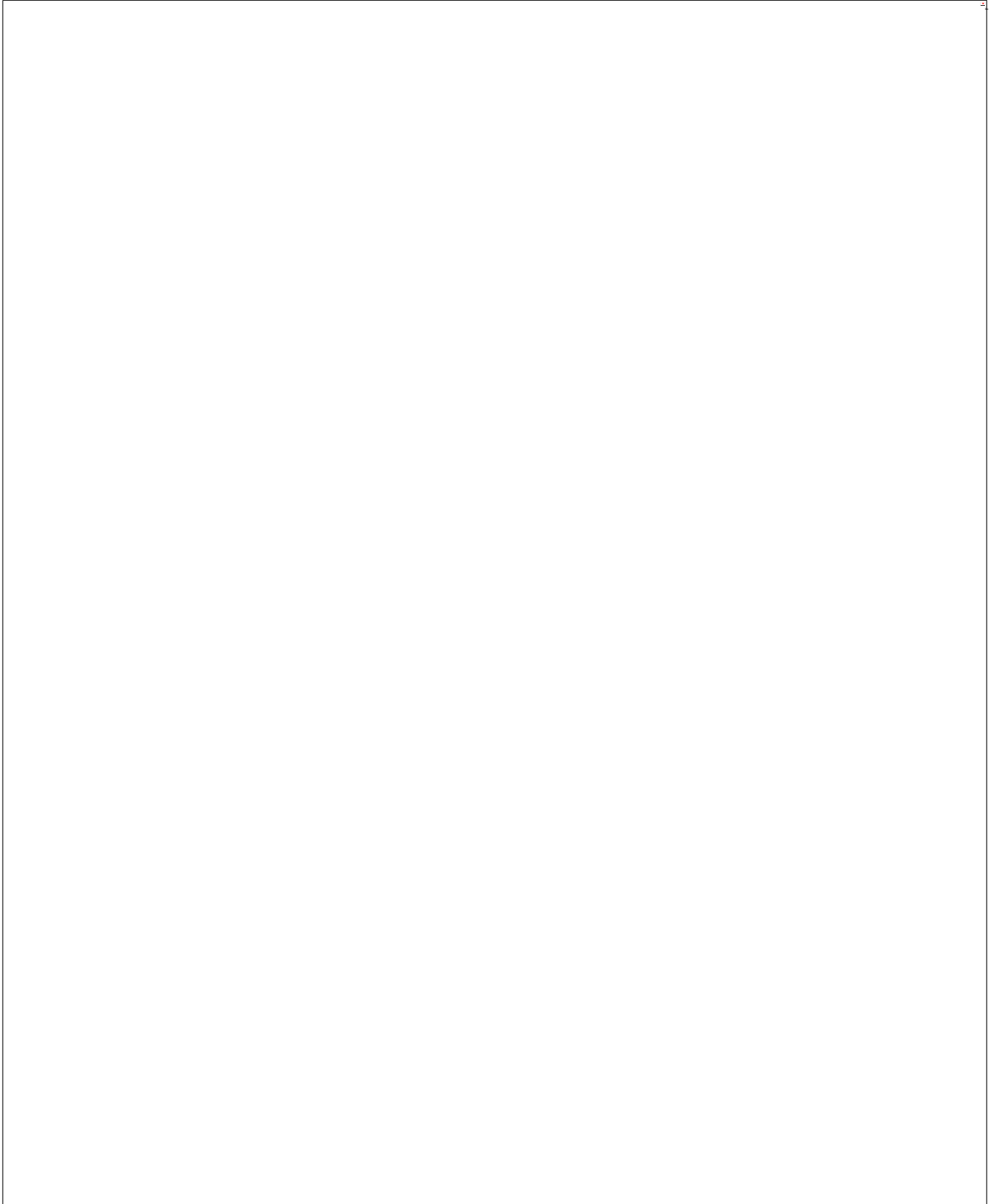
La estomatitis subprotésica afecta con una alta prevalencia a personas portadoras de prótesis acrílicas removibles mal adaptadas. Frecuentemente se diagnostica como una patología bucal de tipo inflamatoria, que afecta a la mucosa de soporte, pudiéndose transformar en una lesión agresiva; lo cual es producido por el uso de prótesis en mal estado.

Este estudio de tipo longitudinal, se basa en la exploración de la cavidad oral para determinar la incidencia de la stomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removibles, se hará mediante el análisis de los tejidos con instrumental odontológico y fotos intraorales tomadas a los participantes.

La participación en este estudio es voluntaria, puede retirarse del proceso en cualquier momento, ya que no ocasiona ninguna alteración en el estudio, trabajo de investigación todo sobre el protocolo, las 24hs, de ahí, que debe constar el nombre y el teléfono del profesional responsable. Considerar no incluir en el estudio a integrantes del grupo de investigación o empleados de la Institución donde se desarrolla la investigación. Solo se realizarán 2 citas, la duración de la participación en las 2 citas para la inspección oral es de 15 minutos cada una, no hay riesgos ni efectos secundarios de la investigación, siendo de gran beneficio la participación individual de cada paciente, para poder realizar este estudio. En todo el proceso habrá total confidencialidad de los datos durante el proceso de inspección clínica y durante la transmisión de los resultados de la investigación a la comunidad científica.

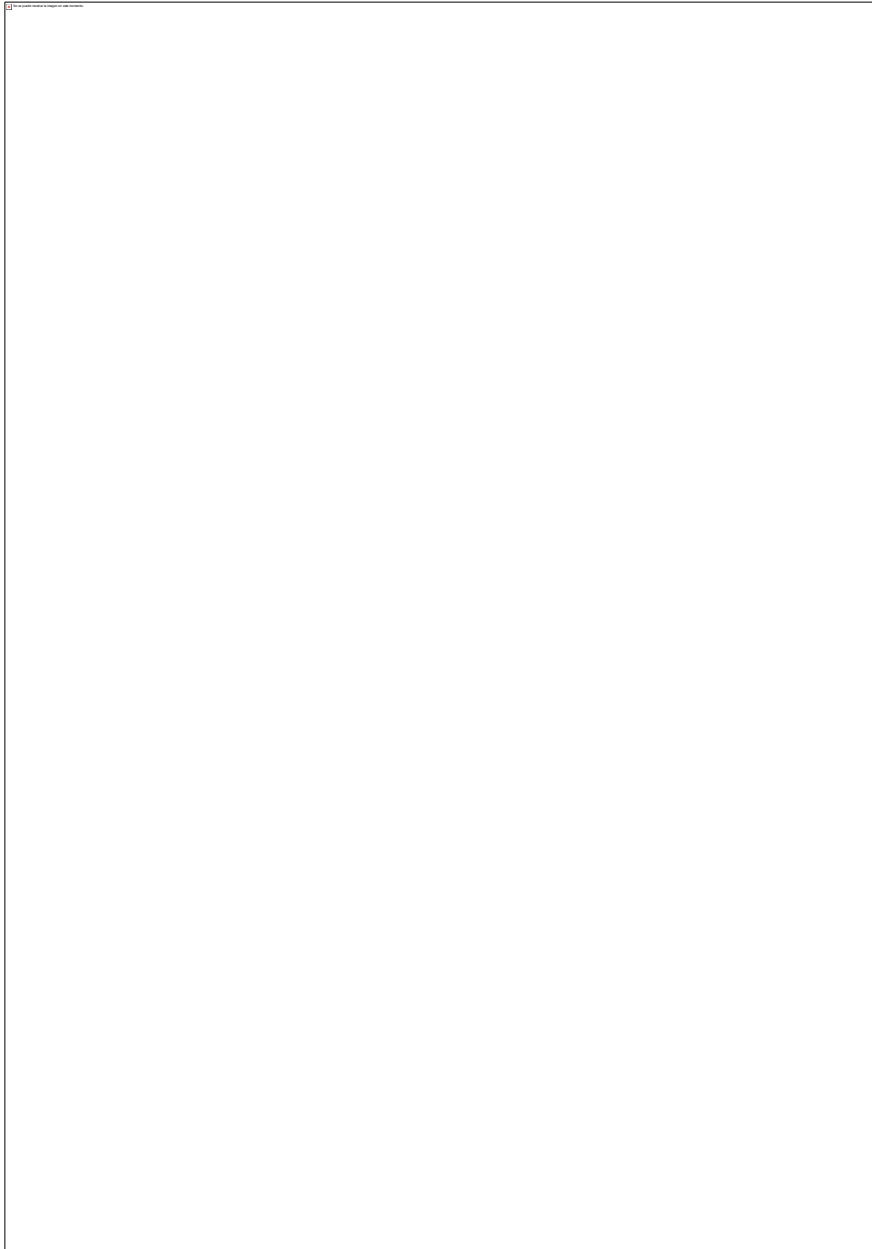
Anexo 3

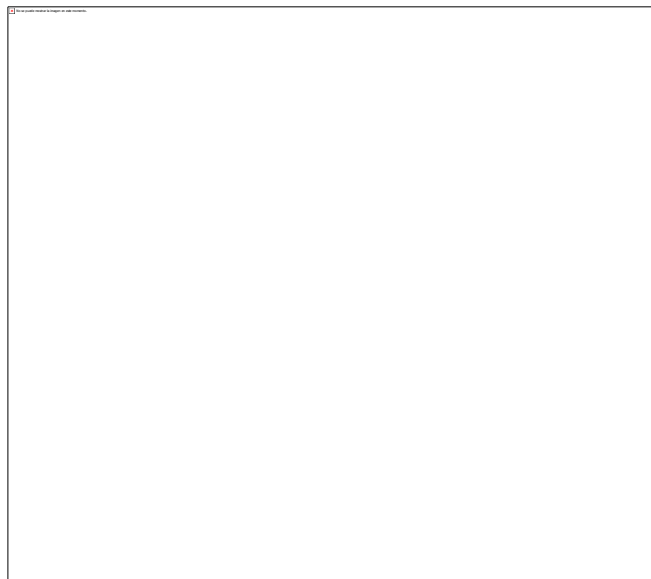
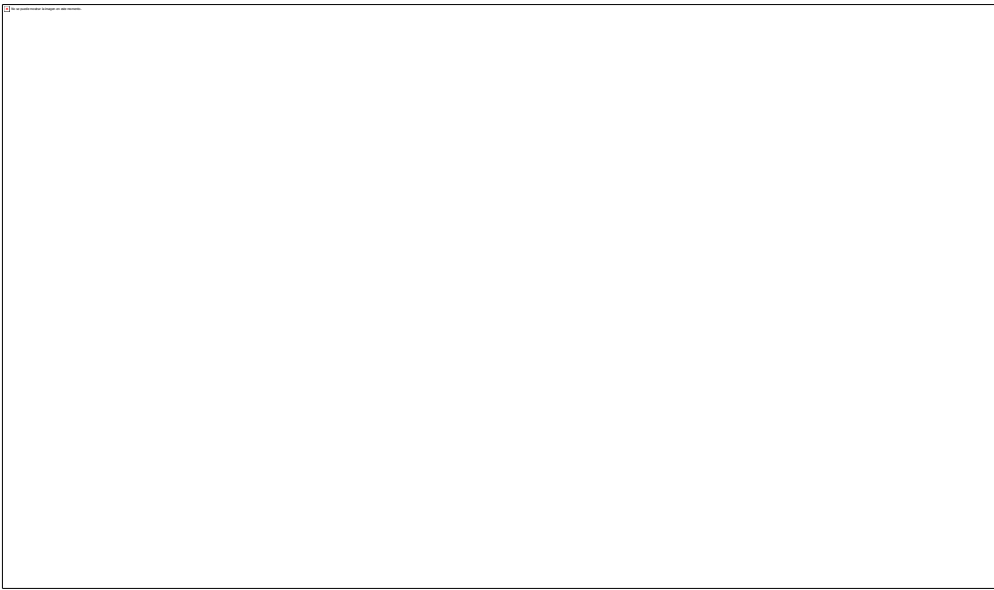
CONSENTIMIENTO INFORMADO

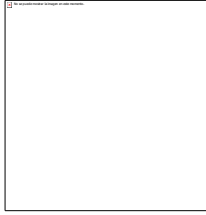
A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the central portion of the page. It is intended for the content of the informed consent form.

Anexo 4

TABLA CONSOLIDADA DE DATOS

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for a consolidated data table. The box is currently blank.





**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO GUAYAQUIL FACULTAD
DE MEDICINA □ CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

Dr. Tony Luis, Mosquera Chávez
PROFESOR GUÍA O TUTOR



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Romero Peñaloza**, Sebastián Aníbal con C.C: # 0915477905 autor/a del trabajo de titulación: **Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removible atendidos en clínica USCG semestre a-2016** previo a la obtención del título de **Odontólogo** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 12 del mes de Septiembre del año 2016

f. _____

Nombre: **Romero Peñaloza, Sebastián Aníbal**

C.C: **0915477905**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLE ATENDIDOS EN CLINICA UCSG. SEMESTRE A-2016		
AUTOR(ES)	Sebastián Aníbal Romero Peñaloza		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Tony Luis Mosquera Chávez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	De ciencias médicas		
CARRERA:	Odontología		
TITULO OBTENIDO:	Odontólogo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de Septiembre de 2016	No. DE PÁGINAS:	65
ÁREAS TEMÁTICAS:	Prostodoncia, Patologías Estomatológicas, Prótesis Removible.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Prevalencia, prótesis, estomatitis, removible, total, subprotésica.		

RESUMEN/ABSTRACT

Problema: La estomatitis subprotésica es una enfermedad multifactorial que afecta a la mucosa que se encuentra por adyacente a la prótesis removible que porta el paciente. Propósito: Determinar prevalencia de estomatitis y su relación con diferentes factores de riesgo. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo transversal en pacientes portadores de prótesis total y parcial removible, que acudieron a la clínica de odontología de la UCSG (N=54), donde se observó la presencia de la lesión y su relación con el consumo de alcohol y tabaco, tiempo de uso, calidad de la prótesis y género somático. Resultados: El 35% del total de la muestra, los cuales representan a 19 pacientes que no consumen alcohol, si presentaron la lesión. Mientras que, en pacientes que si consumen alcohol se reflejó que solo 1,9% presentaron la lesión. El 53% correspondiente a 29 individuos, no presentaron lesión por consumo de Tabaco y solo el 1,9% de pacientes fumadores presentaron la enfermedad. Por otro lado, pacientes que presentaron enfermedades sistémicas, del 9,3% total, el 7,4% reflejó la enfermedad. Los pacientes que presentaron utilización de prótesis con una oclusión satisfactoria, el 55,6%, no presentaron signos de lesión en mucosa. En cuanto al género somático el 25,9% de sexo femenino presenta estomatitis. En el uso continuo de prótesis se determinó que el 25,9% no presentaba afectación, así mismo en pacientes sin uso continuo se dio el 37,0% sin lesión. Conclusión: Existe un predominio de la afectación en pacientes de género femenino, el consumo



de alcohol y Tabaco no influye en la aparición de la enfermedad. Las enfermedades sistémicas se encuentran como factor predisponente en la aparición de la lesión, así como, la utilización de prótesis desadaptadas. El uso continuo o no de la prótesis no tuvo relevancia alguna en la prevalencia de la enfermedad. Recomendaciones: Determinar la relación de estomatitis con diferentes variables, utilizar una muestra de mayor tamaño y realizar estudios observacionales prospectivos.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	CON	Teléfono: +593-4-992432 E-mail: romero120790@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	LA	Nombre: Landivar Ontaneda, Gabriela Nicole
	DEL	Teléfono: +593-997198402
		E-mail: Gabriela_landivar@hotmail.com
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		