

SUBPROTESIS EN MAYORES DE 45 AÑOS. COMPORTAMIENTO DE LA ESTOMATITIS

*Dra. Isis Bárbara Herrera López. Bellavista núm.663. Apto. 3 entre Colón y Lombillo. Nuevo Vedado. Plaza de la Revolución. Teléfono:53 2025

**Dra. Maritza Osorio Núñez. Lucena núm.310. Apto.102 entre San Rafael y San Miguel. Ciudad de La Habana.

Teléfono: 879 5268. marioso@infomed.sld.cu

*Especialista Primer Grado de Estomatología General Integral.

**Especialista Primer Grado de Bioestadística.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 109 pacientes portadores de prótesis, pertenecientes al consultorio Núm. 37 de la Policlínica Docente Vedado. El objetivo de este trabajo fue observar el comportamiento de la Estomatitis Subprótesis en estos pacientes; además de detectar distintos factores etiológicos, como son: edad, sexo, hábitos nocivos propios del paciente, tipo de base, tiempo de uso y adaptación en boca. Para ello, se hizo el examen clínico y el interrogatorio a los pacientes, previa autorización de ellos. En los resultados obtenidos, se observó que más de la mitad (53.21%) tenía la Estomatitis Subprótesis. El grupo de edad más afectado resultó el de 65 ó más años de edad (32.11%). En todos los grupos etáreos, el sexo femenino resultó el más afectado. El grado de la lesión que más se detectó fue el grado I (75.86%). Hubo más afectados en aquellos pacientes, cuya base protética era de acrílico (73.63%). Se observó mayor número de afectados en aquellos que usaban prótesis desajustadas (68.97%) y viejas (46,55%). De los hábitos nocivos propios del paciente, se apreciaron los mayores porcentos de afectados en los que usaban continuamente la prótesis (91.38%), los de higiene deficiente (89.66%) y los que consumían alimentos muy calientes con las prótesis puestas (55.17%).

INTRODUCCION

El mejoramiento gradual y mantenido de las condiciones de vida de nuestra población, se traduce en un aumento de la esperanza de vida con su consecuente proceso de envejecimiento, por la acumulación paulatina de personas de edades avanzadas, en espera de una rehabilitación para recuperar la función y la estética perdidas, lo que conlleva a un incremento en la demanda de los servicios de prótesis en nuestras clínicas estomatológicas. La confección correcta de la prótesis proporciona retención y estabilidad, pues debe existir una estrecha interrelación entre la base de la prótesis y los tejidos asociados, lo cual lleva al equilibrio fisiológico entre ambos. [1](#), [2](#), [3](#), [4](#), [5](#), [6](#), [7](#)

El epitelio bucal experimenta una renovación continua; su espesor se conserva gracias a un equilibrio fisiológico entre la formación de nuevas células en la capa basal y espinosa, y la descamación de células viejas en la superficie. [2](#), [4](#), [7](#), [8](#), [9](#), [10](#)

Las lesiones inflamatorias de la mucosa palatina asociada a la base de las prótesis dentales removibles, se denominan Estomatitis Subprótesis, las cuales son trastornos de alta prevalencia que resultan cada vez más preocupantes para los servicios estomatológicos, pues además de los problemas propios de la enfermedad, en su terapéutica debe contemplarse el reemplazo de las prótesis y, por consiguiente, la planificación y el empleo de recursos adicionales. [4](#), [9](#), [11](#), [12](#), [13](#), [14](#), [15](#)

De acuerdo con su gravedad, la entidad que nos ocupa fue clasificada por Moreira y Bernal, que fue la utilizada en este trabajo:

Grado I: Puntos hiperémicos, lesión inflamatoria de aspecto rojo brillante, generalmente asintomática, donde pueden aparecer puntos hiperémicos. La mucosa puede presentarse fina, lisa y brillante. Es la lesión mínima visible a la inspección.

Grado II: Eritema difuso, área eritematosa bien definida, que dibuja el contorno de la prótesis; puede estar constituida por un fondo finamente granuloso y, a veces, aparece cubierta por un exudado blanco grisáceo.

Grado III: Inflamación granular, lesión más definida, compuesta por una mucosa gruesa con gránulos irregulares que se elevan superficialmente, semejando formas papilares. [1](#), [16](#), [17](#)
La Estomatitis Subprótesis es multicausal; dentro de los factores etiológicos podemos mencionar: prótesis desajustadas, higiene deficiente, uso continuo de la prótesis, ingestión de alimentos muy calientes con las prótesis puestas, edad del paciente, tipo de base protésica, tiempo de uso, entre otros. Sin embargo, se desconoce el comportamiento de la entidad patológica en el consultorio Núm. 37, perteneciente a la Policlínica Docente Vedado 15 y 18, por lo que nos trazamos como objetivo caracterizar la Estomatitis Subprótesis en los pacientes rehabilitados mayores de 45 años de esta área de salud. De esta forma, se posibilitará una mejor atención rehabilitadora a los pacientes que requieren este servicio, a la vez que se incrementarán sus niveles de salud y se podrá prevenir la aparición de esta lesión y, en definitiva aumentar la calidad de vida de esas personas.

PACIENTES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en los pacientes mayores de 45 años, de ambos sexos, pertenecientes al consultorio Núm. 37 de la Policlínica Docente Vedado, en el 2002. Se estudiaron 109 pacientes, mayores de 45 años, portadores de prótesis. Se obtuvo el consentimiento de todos.

Para incluir a un paciente en el estudio, éste debía reunir las características siguientes:

1. Voluntad expresada del paciente de participar en el estudio.
2. Edad igual o mayor de 45 años.
3. Ser portador de prótesis dental.

Un paciente se excluía del estudio cuando presentaba, al menos, uno de los siguientes aspectos:

1. No aceptación del paciente a participar en el estudio.
 2. Edad menor de 45 años.
 3. Presencia de trastornos psiquiátricos que le impidiesen su colaboración.
- A cada paciente se le realizó un examen clínico con el auxilio del espejo bucal, gasa y guantes estériles, además de luz artificial. Esto permitió comprobar la presencia de la enfermedad y realizar el diagnóstico.

Las variables estudiadas fueron:

1. Grado de la lesión: Grados I, II, III.
2. Tipo de base de la prótesis: Metálica, acrílica y mixta.
3. Adaptación de la prótesis en la boca: Adaptada, no adaptada.
4. Tiempo de uso: Menos de 1 año, de 1 a 3 años, de 4 a 6 años, de 7 a 10 años, más de 10 años.
5. Sexo: Masculino y femenino.
6. Edad: 45 a 49 años, 50 a 54 años, 55 a 59 años, 60 a 64 años y 65 ó más años.
7. Hábitos nocivos propios del paciente: Fumar, consumir alimentos muy calientes, uso continuo de la prótesis, higiene bucal deficiente y uso de sustancias irritantes.

RESULTADOS Y ANEXOS

Tabla 1:
Distribución de la Estomatitis Subprótesis, según edad.

La edad promedio de los pacientes fue de 67 años; más de la mitad (53.21) presentaron Estomatitis Subprótesis, a la inspección.
La mayoría de los grupos de edades estuvo afectada por encima de 45%, lo cual da una medida de la gran prevalencia de esta enfermedad en nuestro estudio. El mayor porcentaje de afectados estuvo en el grupo de 65 ó más años (57.38).
Este resultado puede estar relacionado con el hecho de que nuestra población es muy envejecida y la rehabilitación protésica es más frecuente por encima de los 55 años.

Tabla 2:
Hábitos nocivos en relación con la clasificación de la Estomatitis Subprótesis.

De los hábitos nocivos recogidos, los de mayor frecuencia fueron: en primer lugar, el uso continuo de la prótesis, con un total de 53 pacientes para un 91.38%; muy seguida resultó la higiene bucal deficiente, con un total de 52 sujetos con 89.66%; otro que resultó muy frecuente fue el consumo de alimentos calientes con las prótesis puestas, con 32 integrantes para

55.17%. Este varió según el grado de la lesión; en los pacientes con grado I, el hábito nocivo más frecuente fue la higiene bucal deficiente, seguida del uso continuo de la prótesis y, en tercer lugar, el consumo de alimentos calientes con las prótesis puestas. Sin embargo, en los 12 pacientes con grado II el hábito nocivo más importante fue el uso continuo de la prótesis, seguido de una higiene bucal deficiente en segundo lugar, y el consumo de alimentos calientes, en tercer lugar. En el caso de los 2 pacientes del grado III, en el ordenamiento de los hábitos nocivos, compartieron el primer lugar el hábito de fumar, la higiene bucal deficiente y el uso continuo de la prótesis; el segundo lugar lo ocupó el consumo de alimentos calientes. Resalta que cada uno de los 58 pacientes con la lesión tuvo al menos un hábito nocivo detectable.

Tabla 3:
Relación de la Estomatitis Subprótesis con el material de base protética.

El mayor porcentaje de los pacientes afectados era portador de prótesis con base acrílica, con 52 integrantes para 69.33 %. Las bases metálicas y mixtas obtuvieron menores porcentos de afectados: 19.05% (4 pacientes) y 15.38% (2 pacientes), respectivamente.

Tabla 4:
Adaptación en la boca de la prótesis, según el grado de la enfermedad.

Del total de pacientes afectados (58), 40 tenían prótesis que no se adaptaban correctamente a los tejidos bucales, es decir, prótesis desajustadas; esta cifra representó 68.97%. En 18 sujetos, las prótesis sí se adaptaban bien a los tejidos bucales (31.03%). En todos los grados de la lesión, la mayoría de los pacientes usaba prótesis que no estaban correctamente adaptadas a las estructuras de sostén; por ejemplo, en el grado I, 31 pacientes

tenían prótesis desajustadas para 70.45%; en el grado II, 7 integrantes tenían desajustes en sus prótesis, representados por 58.33%, y en el grado III, 100% las tenían desajustadas. En los diferentes grados de la afección, los porcentos de prótesis adaptadas se encontraron por debajo de 50%.

DISCUSION

Nuestros resultados de prevalencia son similares a los de otras investigaciones realizadas tanto en Cuba como en otros países, donde la lesión presenta alta prevalencia, la cual va desde 43% hasta 66.1%. [13](#), [17](#), [18](#), [19](#), [20](#), [21](#)

En otros países. esta afección también ha tenido altos porcentos en la población rehabilitada por prótesis, tales son los casos de Dinamarca, donde se encontró entre 40% y 60%; en Chile, 53%; y 43% en Japón; en Finlandia se obtuvo 52%; en Brasil, 56%; en Alemania, 70%. [13](#), [18](#), [19](#), [20](#), [21](#)

A pesar del desarrollo de las Ciencias Médicas y de los esfuerzos que se realizan en nuestro país para la correcta atención a la población, la Estomatitis Subprótesis continúa siendo un problema de salud bucal.

Los resultados de este trabajo se corresponden con los estudios anteriores, en los que la mayor cantidad de afectados fueron los mayores de 50 años. [5](#), [18](#), [22](#), [23](#), [24](#)

Coincidimos con otros autores en que esta entidad es más común en los pacientes portadores de prótesis totales, sobre todo la superior y, precisamente, en nuestro trabajo el grupo de 65 ó más años es el que más individuos tiene rehabilitados por prótesis. Además, se plantea que esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia a medida que avanza la edad de la persona. Esto está relacionado con los cambios degenerativos normales, los que se producen con el aumento de la edad; a lo largo de la vida, el individuo va sufriendo tanto la acción del ambiente sobre él como la acción de los años, lo que conduce al envejecimiento de su organismo, al debilitamiento de sus funciones y a deficiencias metabólicas; todo esto disminuye sus reservas y la resistencia ante las infecciones y los traumas. [9](#), [16](#), [18](#), [23](#), [24](#)

Otros investigadores [5](#), [18](#), [22](#), [23](#), [24](#) afirman en sus estudios que el riesgo de presentar la enfermedad es mayor a partir de la cuarta década de la vida, lo cual coincide con los resultados de este trabajo.

Otras investigaciones señalan que los tejidos bucales sufren alteraciones de la colágena y es probable que su capacidad de regeneración vaya disminuyendo a medida que va envejeciendo la persona, disminuyendo de esta forma el área de soporte necesaria para la prótesis, debido a la destrucción alveolar y a la disminución de la secreción salival. [4](#), [5](#), [8](#), [9](#), [10](#), [12](#), [16](#), [24](#), [25](#), [26](#)

Los hábitos nocivos aparecen también en otras investigaciones como los más frecuentemente relacionados con la lesión en estudio, puesto que la mayoría de los pacientes afectados tenía hábitos. [1](#), [8](#), [10](#), [13](#), [17](#), [18](#), [20](#), [22](#), [27](#), [28](#), [29](#), [30](#), [31](#), [32](#), [33](#), [34](#), [35](#), [36](#), [37](#), [38](#), [39](#).

En cuanto al hábito de fumar, creemos que puede actuar como factor predisponente, ya que se ha comprobado que puede producir inflamación del paladar, disminución transitoria del potencial óxido-reducción de la boca y también contribuye al deterioro de la función leucocitaria. En general, los no fumadores gozan de mejor salud bucal que los fumadores.

Estos perjuicios se deben a los componentes del humo del cigarro, entre los cuales están el alquitrán, que engloba aproximadamente 500 componentes con un alto nivel cancerígeno; la nicotina que es uno de los alcaloides más tóxicos que se conocen; y el monóxido de carbono, el cual se combina con la hemoglobina y entorpece el transporte de oxígeno, elemento este tan importante para la realización de las funciones de los tejidos. Los subproductos de la combustión, el aumento de la temperatura y los cambios de pH producidos por el recambio gaseoso irritan la mucosa bucal y causan cambios hiperplásicos o hipertróficos, lo que explica la aparición de lesiones en ella, y si a esto le agregamos otros hábitos nocivos que tenga el paciente, como una higiene bucal deficiente y de la prótesis, o alguna enfermedad de base como la *Diabetes Mellitus*, pues se crean entonces todas las condiciones para que aparezca la Estomatitis Subprótesis. [1](#), [17](#), [18](#), [31](#), [37](#)

Otros autores [18](#), [31](#), [37](#) consideran el hábito de fumar como un factor local importante, el cual puede actuar predisponiendo a la enfermedad o agravando más el cuadro clínico. En el estudio actual, se registró este hábito entre los primeros hábitos nocivos propios del paciente, en aquéllos con grado III de la Estomatitis Subprótesis, ocupando el primer lugar conjuntamente con otros hábitos, no siendo así en los individuos con grados I y II.

En cuanto al consumo de alimentos calientes con las prótesis puestas, es un hábito sumamente perjudicial ya que la acción mantenida del calor actúa como irritante de los tejidos que le dan asiento a la prótesis. En nuestro estudio, fue uno de los tres hábitos nocivos más frecuentes encontrados en los tres grados de la enfermedad.

En trabajos anteriores, se comprueba que el calor es un factor irritante de gran magnitud, debido fundamentalmente a que durante el período de las comidas el tiempo de exposición al calor es mayor y se conjugan otros factores como las presiones masticatorias y una mayor fricción. Estos elementos, unidos en su acción al tipo de prótesis en uso, hábitos higiénicos deficientes, características del uso y tiempo de uso, pueden aumentar notablemente la probabilidad de que la mucosa se afecte. [8](#), [10](#), [14](#), [30](#)

Otros investigadores [20](#), [26](#), [30](#), [35](#) hallan que el calor como factor irritante puede influir sobre la aparición de las formas más severas, una vez aparecida la lesión, siendo mayor el riesgo de padecerla quienes ingieren alimentos calientes con las prótesis puestas. Esto coincide con nuestros resultados, siendo éste uno de los hábitos que se encontró asociado a todos los grados de la lesión.

La higiene bucal deficiente ocupó entre los hábitos nocivos propios del paciente el primer lugar en quienes tenían grado I de la lesión, el segundo lugar en aquellos con grado II, y en el grado III uno de los primeros. Se encuentra entre los tres principales hábitos relacionados con la enfermedad.

El concepto de higiene deficiente incluye no solamente la limpieza de dientes remanentes, sino la limpieza de la prótesis, así como el enjuagatorio de los tejidos blandos que se encuentran en contacto con ella. La higiene bucal deficiente tiene un papel muy importante en el desarrollo de la lesión, pues con frecuencia los pacientes, al sentir las prótesis tan cómodas, como si fuesen sus dientes naturales, no se las retiran para realizar su correcta limpieza, que incluye la de la parte interna de las prótesis y los retenedores por dentro y por fuera (en el caso de una parcial). Esto trae como consecuencia el depósito de placa dentobacteriana en el interior de la base de la prótesis, sobre todo en aquellas que no están bien adaptadas, lo que origina que se desarrollen microorganismos oportunistas como el hongo *Cándida Albicans*. En otras investigaciones [4](#), [28](#), [29](#), [32](#), [39](#), [35](#), [36](#), [39](#), [40](#), [41](#), [42](#), [43](#) se ha observado la proliferación de estreptococos y estafilococos, los que agravan de esta forma el cuadro clínico, pues a la acción mecánica constante que ejerce la prótesis contra los tejidos se añade una infección.

Es responsabilidad del especialista de Prótesis y del Estomatólogo General Integral la creación de hábitos higiénicos correctos en los pacientes que tengan necesidad de utilizar prótesis.

Varios investigadores coinciden en que el riesgo de padecer la Estomatitis Subprótesis aumenta en la medida que disminuye la higiene. [10](#), [13](#), [20](#), [33](#), [34](#), [38](#), [44](#)

En otros estudios, se observó que el grado de la lesión va aumentando a medida que la higiene disminuye y que una higiene deficiente es capaz de provocar irritaciones a los tejidos por la producción de ácidos a causa de la descomposición de los alimentos, lo que crea el medio propicio para la proliferación de hongos. [13](#), [27](#), [28](#), [29](#), [38](#), [39](#), [40](#), [41](#), [42](#), [44](#), [45](#)

El uso continuo de la prótesis estuvo entre los tres hábitos más frecuentes encontrados en los pacientes afectados por la lesión en estudio, en los tres grados. Esto es debido a que los pacientes no dejan de usar la prótesis ni para dormir. Estos resultados coincidieron con otras investigaciones, donde se observa que la proporción de sanos en los que no duermen con las prótesis fue dos veces mayor que la observada en los que duermen con ella. [1](#), [6](#), [18](#), [27](#), [30](#), [39](#)

Otros investigadores demuestran que hay mayor riesgo de enfermar cuando los pacientes duermen con las prótesis. [1](#), [8](#), [12](#), [25](#), [26](#), [27](#), [39](#)

Se ha demostrado que este hábito nocivo provoca degeneración de las glándulas salivales y, a su vez, bloqueo mecánico de sus conductos excretores, lo cual disminuye de esta forma la secreción salival y su pH, debido a que también disminuye la función *buffer* de la saliva; ésta se torna viscosa y todo esto favorece la acumulación de placa dentobacteriana. Por eso es muy importante dejar descansar la mucosa cubierta por la prótesis durante el horario del sueño, con el fin de permitir que los tejidos bucales se oxigenen, se recuperen y proporcionar a la lengua y los labios la oportunidad de realizar la acción de autolimpieza; se plantea este horario para no afectar la apariencia estética del paciente. [8](#), [12](#), [25](#), [26](#), [34](#)

Nuestro criterio coincide con los de otros investigadores, [4](#), [9](#), [14](#), [15](#), [24](#), [27](#), [28](#), [29](#), [32](#), [36](#), [38](#), [39](#), [40](#), [41](#), [42](#), [44](#), [45](#) quienes recomiendan retirar las prótesis para dormir, ya que lo consideran beneficioso y necesario para los tejidos que se encuentran en contacto con ella; de esta forma, se evita la parafunción nocturna, se reduce la incidencia de las lesiones inflamatorias y se disminuye el tiempo de exposición a la posible proliferación de

microorganismos; incluso, se recomienda estimular la mucosa mediante cepillado y masajes para evitar o disminuir las lesiones bucales.

Los resultados obtenidos para los materiales de las bases pueden guardar relación con el área de mucosa cubierta por el material protético, cuando se usa la base acrílica; además, este tipo de base proporciona alojamiento de colonias de hongos y bacterias. [4](#), [28](#), [29](#), [31](#), [32](#), [35](#), [36](#), [39](#), [40](#), [41](#), [42](#), [45](#)

Los métodos incorrectos de limpieza de las dentaduras artificiales pudieran tener efecto pronunciado sobre los materiales de las bases, cuando se utilizan indiscriminadamente al favorecer la pérdida de masa superficial. [1](#), [15](#), [34](#)

Otros trabajos revisados señalan que el riesgo de tener la Estomatitis Subprótesis es dos veces mayor en los portadores de prótesis de base acrílica, que en aquellos con base metálica [8](#), [17](#), [27](#), [28](#), [36](#), [38](#), [46](#), resultado similar al de nuestro estudio.

Se demuestra en otras investigaciones que en las bases acrílicas, el crecimiento de gérmenes patógenos es mayor que en los otros tipos de base protésica. [16](#), [27](#), [28](#), [29](#), [31](#), [36](#), [38](#), [39](#), [40](#), [41](#), [42](#), [44](#), [45](#)

Algunos autores. [10](#), [20](#), [27](#), [28](#), [29](#), [30](#), [32](#), [33](#), [34](#), [36](#), [38](#), [39](#), [40](#), [41](#), [42](#), [44](#), [45](#) en estudios sobre materiales acrílicos reportan porosidades microscópicas de este material, así como grietas que propician el crecimiento y desarrollo del hongo *Cándida Albicans* cuando la higiene bucal y protética son deficientes, pues el ácido formado durante los procesos fermentativos irritan la mucosa y penetran en las porosidades y grietas del acrílico.

La mayoría de las veces la presencia de prótesis desajustadas se asocia a una paulatina reabsorción de los rebordes alveolares hasta su total desaparición, y convierte a sus portadores en personas casi totalmente impedidas para realizar la masticación. [41](#)

Se debe tener en cuenta que la mucosa bucal no está condicionada para proporcionar asiento a un dispositivo, como es la prótesis dental. La dentadura artificial es un cuerpo extraño que se coloca en la boca desdentada y transmite a los tejidos un estímulo no fisiológico. La adaptación en la boca se logra si, al confeccionarlas, se tienen en cuenta los principios biomecánicos y procedimientos técnicos adecuados en el proceso de diseño y construcción, por lo que se obtiene de esta forma un equilibrio entre la mucosa y el elemento artificial. La reacción de los tejidos en la presencia de la prótesis depende, no sólo del modo de su confección, sino también de la constitución tisular individual y el estado de salud del paciente. [3](#), [6](#), [9](#), [10](#), [11](#), [16](#), [18](#), [20](#), [24](#), [32](#), [34](#)

Los resultados obtenidos en nuestro estudio coincidieron con los de otros autores, [14](#), [15](#), [26](#) los cuales plantearon que el desajuste es uno de los factores traumáticos que con más frecuencia actúa como irritante de la mucosa, y podía desencadenar y/o agravar la enfermedad. La incidencia de esta lesión resultó ser mayor cuando la prótesis estaba desajustada; en las ajustadas la incidencia fue mucho menor.

Otros investigadores encuentran un índice de 97% de pacientes con Estomatitis Subprótesis causada por traumas que producen las prótesis desajustadas. [4](#), [9](#), [23](#).

En otros artículos se afirma que la falta de estabilidad, las inadecuadas relaciones céntricas o interferencias en la oclusión, se traducen en presiones que pueden causar alteraciones, o bien alterar canales circulatorios que originan lesiones de carácter degenerativo, como atrofia del epitelio y debilitamiento de sus funciones de defensa y protección. [1](#), [14](#)

Se ha comprobado que, a mayor tiempo de uso de la prótesis, mayor probabilidad de su desajuste en la boca, que se hace más evidente debido a cambios que sufren las estructuras (hueso y mucosa) que le sirven de sostén a la prótesis. Las prótesis al actuar mecánicamente sobre los tejidos, originan cambios de diversa índole, que están relacionados con la capacidad reaccional de éstos y la forma de agresión que ejerza la prótesis. Estos cambios suelen ir desde simples modificaciones fisiológicas de adaptación hasta profundas alteraciones patológicas como, por ejemplo, la Estomatitis Subprótesis. [9](#), [14](#), [15](#), [23](#), [26](#)

CONCLUSIONES

1. La mayor parte de los rehabilitados con prótesis de edad superior a los 45 años estaban afectados por la Estomatitis Subprótesis.
2. El uso continuo de la prótesis, la higiene bucal deficiente y el consumo de alimentos calientes con las prótesis puestas fueron los hábitos nocivos propios del paciente de mayor frecuencia.

3. La mayor cantidad de pacientes era portador de prótesis de base de acrílico y desajustadas, lo cual da mayor propensión a padecer la enfermedad.

ABSTRACT

A descriptive cross study was carried out on 109 denture patients from the health care office # 37 of Vedado Polyclinic. The purpose of this work was to observe the behaviour of denture stomatitis in these patients as well as to locate several etiological factors such as age, gender, patients' bad habits, base type, denture wear time and mouth adaptation. To do so, patients were clinically examined and asked questions with their previous consent. Results showed that more than half of these patients (53.21%) had denture stomatitis. The most affected age group was that of 65 and over (32.11%). In all age groups, females were the most affected. The most common lesion degree detected was Degree I (75.86%). There were more affected people among patients with acrylic denture base (73.63%). There was a higher number of affected patients wearing loosened dentures (68.97%) and worn-out dentures (46.55%). Regarding patients' bad habits, the highest percentage of affected people was found on those wearing dentures regularly (91.38%), having bad oral hygiene (89.66) and eating very hot food wearing the dentures (55.17%).

Key words: stomatitis subprothesis, epidemiology

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Fenlon MR, Sheriff M, Walter JD. Factors associated with the presence of denture related stomatitis in complete denture wearers: a preliminary investigation. *Eur J Prosthodont Restor Dent*, 1998 Dec; 6(4): 145-7.
- 2 Frank RR, Brudvik JS, Leroux B, Milgrom P, Hawkins N. Relationship between the standards of removable partial denture construction, clinical acceptability, and patient satisfaction. *J Prosthot Dent*, 2000 May; 83(5): 521-7.
- 3 Hobkirk JA. Advances in prosthetic dentistry. *Prim Dent Care*, 2002 Jul; 9(3): 81-5.
- 4 Le Bars P, Piloquet P, Daniel A, Giumelli B. Immunohistochemical localization of type IV collagen and laminin (alpha 1) in denture stomatitis. *J Oral Pathol Med*, 2001 Feb; 30(2): 98-103.
- 5 Matear DW. Demonstrating the need for oral health education in geriatric institutions. *Probe*, 1999 Mar-Apr; 33(2):66-71.
- 6 Mazurat NM, Mazurat RD. Discuss before fabricatin, communicating the realities of partial denture therapy. Part II: clinical outcomes. *J Can Dent Assoc*, 2003 Feb; 69(2): 96-100.
- 7 Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2000 Oct; 28(5): 390-8.
- 8 Gocke R, Gerath F, Von Schwanewede H. Quantitative determination of salivary components in the pelicle on PMMA denture base material. *Clin Oral Investig*, 2002 Dec; 6(4): 227-35.
- 9 Jeusette M. The floating ridge, the thickned arch: a necessary evil ?. *Rev Belge Med Dent*, 1999; 54(2): 61-9.
- 10 Zitzmann UN, Marinello CP, Berglundh T. The ovate pontic design: a histologic observation in humans. *J Prosthet Dent*, 2002 Oct; 88(4): 375-80.

- 11 Dervis E. Clinical assessment of common patients complaints with complete dentures. *Eur J Prosthodont Restor Dent*, 2002 Sep; 10(3): 113-7.
- 12 Leigh JE, Steele C, Wormley F, Fidel PL. Salivary cytokine profiles in the immunocompetent individual with Candida-associated denture stomatitis. *Oral Microbiol Immunol*, 2002 Oct; 17(5): 311-4.
- 13 Pires FR, Santos EB, Bonan PR, De Almeida OP, López Ma. Denture stomatitis and salivary candida in Brazilian edentulous patients. *J Oral Rehabil*, 2002 Nov; 29(11): 1115-9.
- 14 Wennerberg A, Carlsson GE, Jemt T. Influence of occlusal factors on treatment outcome: a study of 109 consecutive patients with mandibular implant-supported fixed prostheses opposing maxillary complete dentures. *Int J Prosthodont*, 2001 Nov-Dec; 14(6): 550-5.
- 15 Wilson J. The etiology, diagnosis and management of denture stomatitis. *Br-Dent J*, 1998 Oct; 24(8): 380-4.
- 16 Moreira Díaz E, Bernal Balaes A, Rodríguez P. Estudio clínico histopatológico de la Estomatitis Subprótesis. *Rev Cub Estomatol*, 1984; 6(21): 189-97.
- 17 Moreira Díaz E, Bernal Balaes A, Urbizo J. Estudio epidemiológico en 6302 pacientes portadores de prótesis dentales removibles. *Rev Cub Estomatol*, 1989; 26(1-2): 71-80.
- 18 Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly in Santiago. Chile *J Oral Pathol Med*, 2003 Nov; 32(10): 571-5.
- 19 Mc Cord JF, Grant AA. Pre-definitive treatment: rehabilitation prostheses. *Brit Dent J*, 2000; 18(6): 419-24.
- 20 Mc Nally L, Gosney MA, Doherty U, Field EA. The orodental status of a group of elderly in patients: a preliminary assessment. *Gerodontology*, 1999 Dec; 16(2): 81-4.
- 21 Syrjala AM, Knuttila ML. Gastroenterological drugs and denture stomatitis. *Spec care Dentist*, 1999 Mar-Apr; 19(2): 79-83.
- 22 Bonacorso A, Tripi TR. Changes in the biological and immunologic parameters in the oral cavity of the aged. *Review Minerva Stomatol*, 1998 Jul-Aug; 47(7-8): 315-23.
- 23 Coelho CM, Zucoloto S, López RA. Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. *Int J Prosthodont*, 2000 Mar-Apr; 13(2): 148-51.
- 24 Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal condition in elderly dental patients. *Oral Dis*, 2002 Jul; 8(4): 218-23.
- 25 Kantardjiev TV, Popota EV. Anti-Candida antibodies in serum and saliva of patients with denture stomatitis. *Folia Med (Plovdiv)*, 2002; 44(4): 39-44.
- 26 Massad JL, Cagna DR. Removable prosthodontic therapy and xerostomia. Treatment considerations. *Dent Today*, 2002 Jun; 21(6): 80-2, 84, 86-7.
- 27 Abu-Elteen KH. Candida albicans strain differentiation in complete denture wearers. *New Microbiol*, 2000; 23(3): 329-37.
- 28 Aputiunov SD, Ibragimov TI, Tsarev VN, Lebedenko I, Savkina NI, Trefilov AG, Arutinov AS, Klimashih I. Microbiological validation of the choice of basic plastic for removable dentures. *Stomatologija (Mosk)*, 2002; 81(3): 4-8.

- 29 Budtz-Jorgensen E, Mojon E, Rentsch A, Deslauriers N. Effects of an oral candidosis in a long-term care facility. *City Dent Oral Epidemiol*, 2000; 28(7): 141-49.
- 30 Celic R, Knezovic Zlataric D, Baucie I. Evaluation of denture stomatitis in Croatian adult population. *Coll Antropol*, 2001 Jun; 25(1): 317-26.
- 31 Dinatalo E. Respuesta alérgica en pacientes con Estomatitis Subprotésica y cultivo negativo para levaduras. *Acta Odontológica Venezolana*, 2000; 38(2):15-22.
- 32 Khasawneh S, al-Wahadni A. Control of denture plaque and mucosal inflammation in inflammation in denture wearers. *J Ir Dent Assoc*, 2002; 48(4): 132-8.
- 33 Kulak-Ozkan Y, Kazazoglu E, Arikan A. Oral higiene habits, denture cleanlines, presence of yeast and stomatitis in elderly people. *J Oral Rehabil*, 2002 Mar; 29(3): 300-4.
- 34 Markovic D, Puskar T, Tesic D. Denture cleaning techniques in the elderly affecting the occurrence of denture-induced stomatitis. *Med Pregl*, 1999 Jan-Feb; 52(1-2): 57-61.
- 35 Milstein L, Rudolph MJ. Oral health status in an institutionalised elderly Jewish population. *SADJ*, 2000 Jun; 55(6): 302-6.
- 36 Monsenego P. Presence of microorganisms on the fitting denture complete surface: study " in vivo ". *J Oral Rehabil*, 2000 Aug; 27(8): 708-13.
- 37 Pearson N, Croucher R, Marcenes W, O'Farell M. Prevalence of oral lesions among a simple of Bangladesh medicinal users aged 40 years and over living in Tower Hamlets. *UK Int Dent J*, 2001 Feb; 51(1): 30-4.
- 38 Radford DR, Challacombe SJ. Denture pleque and adherence of *Candida Albicans* to denture-base material in vivo and in vitro. *Crit Rev Oral Biol Med*, 1999; 10(1): 99-116.
- 39 Dar-Odeh NS, Shehabi AA. Oral candidosis in patients with removable dentures. *Mycoses*, 2003 Jun; 46(5-6):187-91.
- 40 Lazarde J, Pacheco A. Identificación de especies de Cándida en un grupo de pacientes con candidiasis atrófica crónica. *Acta Odontológica Venezolana*, 2001; 39(1): 13-8.
- 41 Pardi G. Detección de especies de Cándidas en pacientes con Estomatitis Subprótesis. Trabajo de ascenso. *Fac de Odontología, UCV*, 2000.
- 42 Ueta E, Tanida T, Yoneda K, Yamamoto T, Osaki I. Increase of *Candida* cel virulence by anticancer drugs and irradiation. *Oral Microbiol Inmunol*, 2001; 16(5): 243-49.
- 43 Dorko E, Jenca A, Pilipcinec E, Danko J, Swicky E, Tkacikova D. *Candida*-associated denture stomatitis. *Folia Microbiol (Praha)*, 2001; 46(5): 443-6.
- 44 Williams MD, Lewis MA. Insolation and identification of *Candida* from the oral cavity. *Oral Diseases*, 2000;6(3): 3-11.
- 45 Mc Cord JF, Grant AA. Identification of complete denture problems: a summary. *Br Dent J*, 2000 aug; 189(3): 128-34.
- 46 Tatarcicuc M, Panaite S, Antohe , Vitalariu A. Preventing methods of prosthetic stomathopaties concerning patients with partial removable prothesis. *Rev Med Chir soc Med Nat Iasi*,2002 Apr-Jun; 107(2): 387-8.