



UNIVERSIDAD VIÑA DEL MAR

ESCUELA DE SALUD

ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LESIONES MUCOSAS EN PACIENTES
REHABILITADOS CON PRÓTESIS REMOVIBLE EN
CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD VIÑA DEL MAR, EN LOS
AÑOS 2017 Y 2018**

FERNANDA GALAZ CAMINADA

CAMILA NEIRA RÍOS

DANIELA PEREY DONOSO

Tesis para optar al título profesional de Cirujano Dentista

Profesor guía: Pámela Castro

Viña del Mar, Chile 2020

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, amigos y seres queridos por apoyarnos y acompañarnos a lo largo de nuestra carrera universitaria. A docentes y personal de la clínica odontológica de la Universidad por el cariño y colaboración en este proceso.

Finalmente queremos agradecer enormemente a nuestra docente guía Dra. Pámela Castro Rodríguez y Dra. Karina Cordero Torres por su buena disposición, consejos y preocupación.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MARCO TEÓRICO.....	10
1. Pacientes desdentados	10
2. Rehabilitación en pacientes desdentados:	11
2.1. Prótesis removible	11
3. Factores de riesgo asociados a las lesiones de mucosa oral	12
3.1. Factores del huésped	13
3.2. Factores protésicos	14
4. Generalidades de las lesiones en la mucosa oral	16
5. Lesiones paraprotésicas.....	17
5.1. Lesiones paraprotésicas asociadas a <i>Candida</i> spp	18
5.1.1. Estomatitis subprotésica	19
5.1.2. Quelitis angular.....	22
5.2. Hiperplasia irritativa	24
5.2.1. Fibroma irritativo o hiperplasia fibrosa.....	24
5.2.2. Épulis fisurado	25
5.2.3. Hiperplasia por cámara de succión	26
5.3. Alergias por contacto	27
5.4. Úlceras traumáticas	29
III. ANTECEDENTES DEL PROYECTO.....	31
IV. OBJETIVOS	32
1. OBJETIVO GENERAL	32
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32

V. MATERIALES Y MÉTODOS.....	33
1. Diseño y tipo de estudio	33
2. Población y Muestra:	33
3. Criterios de inclusión.....	34
4. Criterios de exclusión	34
5. Definición de variables.....	35
6. Calibración	38
7. Método de recolección de datos.....	38
8. Consideraciones éticas	39
9. Análisis estadísticos	40
VI. RESULTADOS.....	41
1. Análisis de Prevalencia.....	41
1.1 Según género.....	41
1.2. Según edad.....	45
2. Relaciones entre la presencia de lesión oral y variables de interés.....	45
2.1. Higiene de prótesis removible.....	45
2.2. Estado de Prótesis removible.....	46
2.3. Instrucción de Higiene	47
2.4. Estado higiene de la prótesis según si recibió o no instrucción de higiene.....	48
2.5. Uso de prótesis removible	50
VII. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES.....	52
VIII. CONCLUSIÓN.....	56
IX. SUGERENCIAS	57
X. BIBLIOGRAFÍA.....	59
XI. ANEXOS	63
ANEXO 1.....	63
ANEXO 2.....	65
ANEXO 3.....	72

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo de candidiasis oral	18
Tabla 2. Tabla de variables independientes.....	35
Tabla 3. Tabla de variables dependientes	36
Tabla 4. Tabla lesiones mucosas orales encontradas.....	43
Tabla 5. Distribución y estadísticas de edad de los pacientes según presencia de lesiones orales y sexo.....	45
Tabla 6. Distribución de la higiene de la prótesis según presencia de lesiones orales.....	46
Tabla 7. Distribución del estado de prótesis los pacientes según presencia de lesiones orales.....	47
Tabla 8. Distribución de si recibió instrucción de higiene de la prótesis removible y presencia de lesiones orales	48
Tabla 9. Distribución del estado higiene de la prótesis los pacientes según si recibió o no instrucción de higiene de la prótesis	49
Tabla 10. Distribución de sí utiliza la prótesis removible actualmente y la presencia de Lesiones orales.....	51

ÍNDICE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: imagen clínica de estomatitis subprotésica grado I.....	21
Ilustración 2: imagen clínica de estomatitis subprotésica grado II	21
Ilustración 3: imagen clínica de estomatitis subprotésica grado III	22
Ilustración 4: imagen clínica de Quelitis angular bilateral.....	24
Ilustración 5: imagen clínica de fibroma irritativo	25
Ilustración 6: Imagen clínica de épulis fisurado	26
Ilustración 7: imagen clínica de hiperplasia por cámara de succión	27
Ilustración 8: imagen clínica de alergia por contacto.....	29
Ilustración 9: imagen clínica de úlcera traumática	30

ÍNDICE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado	64
Anexo 2. Ficha clínica	65
Anexo 3. Cartas de aprobación comité ético científico UVM... ..	72

INDICE GRAFICOS

Gráfico 1. Distribución de la presencia de lesiones orales en pacientes rehabilitados con prótesis removible, separado por género	41
Gráfico 2. Distribución del estado higiene de la prótesis los pacientes según si recibió o no instrucción de higiene de la prótesis	50

RESUMEN

Antecedentes: El tratamiento ampliamente utilizado en pacientes desdentados es en base a prótesis removibles convencionales, las cuales sin un adecuado control, mantenimiento, higiene, entre otros factores, pueden causar lesiones en la mucosa oral. Frecuentemente estas lesiones no son pesquisadas por los estudiantes de Odontología, ya que los controles post instalación e indicaciones protésica no son los óptimos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de lesiones mucosas en pacientes rehabilitados y de alta con prótesis removibles en clínica odontológica de la Universidad Viña del Mar, durante el período 2017-2018.

Materiales y métodos: Corresponde a un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, no experimental. Se examinaron 48 pacientes durante el mes de enero del año 2020 a los cuales se les realizó examen intraoral donde se evaluaron de forma sistemática todos los tejidos blandos de la mucosa oral, también se realizó una valoración de la higiene y estado de la prótesis removible de cada paciente. Al hallar alguna lesión en la mucosa se tomó fotografía de esta. Los datos fueron procesados en el programa STATA 11.2

Resultados: De los 48 participantes examinados, el género predominante del total de la muestra fue el femenino (75%) y el rango de edad donde se apreció predominio de lesiones orales estuvo comprendido entre 58 a 76 años. Con respecto a las lesiones orales encontradas, la úlcera traumática fue la lesión paraprotésica de mayor prevalencia (6,3%), seguida por la estomatitis subprotésica grado II (4,2%) y en menor cantidad se observó la estomatitis subprotésica grado I y grado III (2%).

De acuerdo a ciertas variables de interés examinadas como la higiene protésica, al asociar esta con la presencia de lesiones mucosas orales, 42,8% de los pacientes que presentaron algún tipo de lesión oral tenían una mala higiene de su prótesis y 14,3% buena higiene de ésta. Con respecto al estado de la prótesis y su relación con la presencia de lesiones orales 22,92%

de los pacientes presentó un mal estado de su prótesis y de este porcentaje solo un paciente (2%) presentó lesión oral. Finalmente al relacionar la higiene protésica y la instrucción de higiene que reciben los pacientes sobre cómo higienizar sus prótesis removibles, se observaron prótesis con mal y regular estado de higiene tanto en pacientes que recibieron instrucción de higiene (83.3%), como en pacientes que relataron no haber recibido (16.6%).

Conclusión: Los resultados presentados refuerzan y confirman la importancia de incorporar una buena educación sobre el mantenimiento y correcta técnica de higienización protésica.

Palabras claves: Lesión paraprotésica, mucosa oral, prótesis removible.

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades orales son un problema de salud importante, por su alta prevalencia, el impacto en los individuos y en la sociedad, y también por el alto costo de su tratamiento (Sheiham, 2005). Las principales causas de pérdida de dientes son las caries dentales y la enfermedad periodontal, siendo más relevante la primera de ellas, especialmente en la población joven (Arteaga, Urzúa, Espinoza, Muñoz, Mendoza, 2009).

En Chile el 20% de los adultos de 35 a 44 años y sólo el 1% de los adultos de 65 a 74 años conserva su dentadura completa (MINSAL, 2003). El envejecimiento es un proceso que genera cambios considerables en el estilo de vida de la población. Considerando que la pérdida de dientes puede afectar ciertas funciones como la masticación y fonación, esta condición afecta también la capacidad de interactuar en sociedad, condición que incrementa aún más la necesidad de rehabilitar las piezas perdidas (Hebling y Pereira, 2007).

Una de las principales alternativas de tratamiento rehabilitador para la pérdida de piezas dentarias son las prótesis removibles. Éstas actúan reponiendo tanto la dentición natural como las estructuras periodontales, pero aun cuando son una buena solución no están exentas de provocar patologías en la cavidad oral. Se ha demostrado que cuando las prótesis están incorrectamente confeccionadas, en mal estado y/o han perdido inevitablemente sus cualidades por el uso continuo más allá del tiempo requerido, producen daños que contribuyen con la aparición de lesiones en los tejidos bucales (Nápoles, Díaz y Puig, 2016).

Al estar en contacto con los tejidos blandos, esta aparatología protésica, puede irritar las mucosas y producir las denominadas lesiones paraprotésicas. Este tipo de lesiones corresponde a las llamadas lesiones reaccionales de la mucosa oral, las cuales generalmente

aparecen en la mucosa en respuesta a irritación crónica local o trauma. (Maturana, Adorno, Farias, Aitken y Reyes, 2015).

Chiong, Pérez, Medina y Álvarez (2014) afirman: “las más comunes son: úlceras, hiperplasia, candidiasis, fibroma y estomatitis; siendo ésta última considerada como la de mayor prevalencia”.

En algunas ocasiones estas lesiones pueden ser producidas por factores sistémicos o locales del mismo huésped como es la higiene oral. En cualquier caso, es imprescindible instruir al paciente para que mantenga una muy buena higiene tanto de su prótesis como de sus dientes naturales.

Cabe destacar que el grado de satisfacción del portador de prótesis dental no será igual si aparecen estas lesiones en la mucosa oral, ya que ocasionarán molestias e inadaptación con la aparatología, que incluso podrían llevar al desalajo de esta. Esto conduciría al fracaso del tratamiento rehabilitador.

Familiarizar al profesional de salud y al estudiante de odontología con este tipo de patologías es conveniente, para así poder diagnosticar, tratar y controlar adecuadamente factores de riesgo que puedan desencadenar la aparición de estas lesiones.

Es por esto que el objetivo de este estudio es conocer y clarificar la prevalencia de lesiones paraprotésicas en pacientes rehabilitados con prótesis removible en clínica odontológica de la Universidad Viña Del Mar, en los años 2017-2018 y relacionarlo con los factores de riesgo asociados.

II. MARCO TEÓRICO

1. Pacientes desdentados

La Academy of Prosthodontics (2017) define desdentamiento como “el estado de desdentado, carecer de dientes naturales”. De este modo, podemos identificar a aquellos pacientes que carecen o han perdido todos sus dientes como “desdentados totales”, mientras que aquellos que conserven algunos dientes serán llamados “desdentados parciales”.

La pérdida de piezas dentales es el resultado de diversos factores como caries, enfermedad periodontal, lesiones traumáticas, neoplasias y lesiones quísticas entre otros. (Jeyapalan y Krishnan, 2015). Se demostró que la caries dental y la enfermedad periodontal fueron las principales causas de pérdida de dientes en la primera infancia y la adolescencia. Zaigham y Usman (2015) concluyeron que la edad se correlaciona positivamente con la pérdida de piezas dentales.

Seering et al. (2015) aseguran que la pérdida dental es un evento multifactorial, que involucra factores socioeconómicos, donde individuos con menores ingresos presentan mayor tendencia a descuidar su salud bucal y tienen menor acceso a los tratamientos debido a los altos costos que involucra este tipo de atención.

El desdentamiento puede tener un profundo efecto en la calidad de vida de las personas ya que trae como consecuencia la alteración del sistema estomatognático, y afecta la función masticatoria, repercutiendo en el estado nutricional, calidad de vida y salud del paciente. (Jeyapalan y Krishnan, 2015).

Clínicamente los arcos parcialmente desdentados han sido clasificados por diversos métodos. Una de las clasificaciones que ha sido ampliamente estudiada y clínicamente aceptada por la Dental Community es la clasificación de Kennedy debido a sus ventajas de

visualización inmediata y reconocimiento del soporte de la prótesis. Según esta clasificación hay cuatro tipos de arcos parcialmente edéntulos: Clase I, Clase II, Clase III y Clase IV (Carr, Mcgivney y Brown, 2006).

2. Rehabilitación en pacientes desdentados:

Actualmente existen diferentes alternativas de tratamientos para los pacientes desdentados que van desde la confección de prótesis fija, prótesis removibles, metálicas o acrílicas, a la colocación de implantes (prótesis implantosoportadas o sobredentaduras). Aun cuando el interés por los implantes va en continuo crecimiento, muchos pacientes desdentados optan por prótesis removibles convencionales, ya que es una opción de tratamiento rápido y, además, económico (Barcaccia, Esposito, Matarese, Bertolaso y Elvirad, 2013).

2.1. Prótesis removible

Prakash y Gupta (2017) definen prótesis removible como: “la rama de la prostodoncia relacionada con el reemplazo de dientes y estructuras contiguas para pacientes edéntulos o parcialmente edéntulos, por sustitutos artificiales que se pueden retirar fácilmente de boca” (p224).

Según el número de dientes a reponer, los tipos de prótesis dentales removibles se clasifican en:

- Prótesis parcial: Elemento mecánico que reemplaza algunos dientes perdidos en pacientes parcialmente desdentados.
- Prótesis total: Elemento mecánico que reemplaza todos los dientes, mucosa y hueso perdido de un maxilar en un paciente desdentado total.
- Caso mixto: Paciente que presenta un maxilar totalmente desdentado y el otro parcialmente desdentado o con todos sus dientes (Prakash y Gupta, 2017, p.131).

También se les puede clasificar según el material de confección de la base:

- Bases de acrílico: son de Polimetilmetacrilato (PMMA).
- Base de metal: las bases metálicas son de Cr-Co, metales preciosos o Titanio.
- Material blando: las bases de material blando pueden ser en base a acrílicos o siliconas, autocurables o termopolimerizables (Bocage, 2009, p.249).

Para cada caso, se debe considerar la anatomía, la función y las condiciones económicas de cada paciente.

3. Factores de riesgo asociados a las lesiones de mucosa oral

La cavidad oral es propensa a un sinnúmero de cambios fisiológicos con el avance de la edad, así como también, por el resultado de factores relacionados al medio ambiente y al estilo de vida. Algunos de los factores socio-demográficos y de comportamiento que han sido relevados en estudios epidemiológicos son: la edad, género y consumo de alcohol, hábito de fumar, estatus socioeconómico, uso de prótesis dental y estado de salud (Carrard, Haas, Rados, Santana, Oppermann y Albandar, 2011).

Diversos factores propios del huésped o del aparato protésico cuando no son debidamente controlados, podrían ocasionar lesiones en el terreno biológico, tanto en los tejidos duros (dientes, hueso y ATM: articulación temporomandibular) como en tejidos blandos (irritaciones e hiperplasias) (Martori, Ayuso, Martínez, Viñas y Peraire, 2014).

A continuación, se describen algunos factores de riesgo de las lesiones paraprotésicas, principalmente enfocados a los que afectan a la mucosa oral.

3.1. Factores del huésped

Las lesiones de la mucosa oral son más prevalentes en personas mayores y generalmente están asociadas con cambios en factores sistémicos y locales (Lyngé, Nauntofte, Smidt y Torpet, 2015).

- **Estado sistémico:**

En adultos mayores, el aumento de enfermedades crónicas y la mayor ingesta de medicamentos están asociados con un mayor riesgo de patologías en la mucosa oral. (Lyngé et al., 2015). Enfermedades degenerativas como diabetes, que implica una reducción de las capacidades regenerativas de la mucosa, hipotiroidismo o patologías renales que, al requerir tratamientos repetitivos con antibióticos y sulfamidas, presentan frecuentemente alteraciones de la flora microbiana principalmente en la cavidad oral, favoreciendo el crecimiento de microorganismos oportunistas que generan reacción inflamatoria de la mucosa oral. (Ríos, 2014). “También influyen las inmunodeficiencias como los pacientes VIH+, síndrome de Chediak-Higashi o patologías malignas como leucemia y agranulocitosis” (Bagan, 2013, p.180).

Desde el punto de vista sistémico algunos autores reportan que la anemia ferropénica y los altos niveles de colesterol son factores que se asocian con la predisposición a padecer de Estomatitis subprotésica (Ríos, 2014).

- **Estado local:**

La saliva al ser un mecanismo defensivo local, se considera un elemento antifúngico importante por su labor de barrido mecánico y por la acción de sus proteínas como lisozimas, lactoferrina, sialoperoxidasas que inhiben y controlan el crecimiento de *Candida* spp. La xerostomía, provocada por fármacos, síndrome de Sjogren o post radioterapia favorece el crecimiento de *Candida* spp, ya que se genera una disminución del flujo salival (Bagan, 2013).

En lo que respecta a la higiene oral y protésica del paciente, se ha concluido que las prótesis parciales removibles actúan como 'trampas de placa', donde la ausencia de medidas

satisfactorias de higiene oral lleva a la acumulación de ésta. La prótesis en la boca de un individuo representa superficies adicionales para la colonización de microorganismos (Milward, 2013). La mantención de un microambiente anaerobio y de pH bajo confieren a la *Candida* spp las condiciones idóneas para la colonización de la superficie protésica y la mucosa subyacente (Gendreau y Loewy, 2011).

Del mismo modo, es necesario conocer la técnica de higienización oral de las prótesis dentales que puedan portar los sujetos, con el propósito de prevenir la aparición de enfermedades propias del territorio (Milward, 2013).

3.2. Factores protésicos

Existen distintos elementos y conductas asociadas al uso de la prótesis removible que pueden provocar la aparición de lesiones orales, conductas como una mala higiene y dormir con la prótesis, inestabilidad oclusal por desadaptación de la misma e incluso alergia a los componentes acrílicos (Ríos, 2014).

- **Diseño y estado del material de prótesis**

Los traumatismos crónicos de larga duración pueden ser causal de lesiones de la mucosa oral, por efecto de la prótesis, como las superficies basales de prótesis dentales mal adaptadas, el tiempo de uso, mal estado del aparato protésico (quebradas), dimensiones verticales inadecuadas y confeccionadas por profesionales inhabilitados (León, Gavilanes y Mejía, 2019).

- **Material**

Otro factor local irritativo son los propios componentes de la prótesis como el monómero residual de las resinas acrílicas, que puede generar una reacción alérgica en los tejidos; aunque se reporta este tipo de alergia como fenómeno de hipersensibilidad tipo IV (retardada), que no es tan frecuente (Ríos, 2014).

- **Controles**

MINSAL (2010) indica que el paciente debe ser controlado a las 24 horas, y luego programar citas espaciadas en el tiempo según la adaptación del paciente y el criterio clínico del operador, hasta un periodo de 120 días después de la instalación. Estos controles tienen su importancia en la verificación y la existencia de puntos o zonas dolorosas, erosiones o heridas.

- **Cuidados y mantención**

El uso de prótesis removible es más prevalente en el grupo de los adultos mayores. El cuidado y mantención en el tiempo de estos aparatos también debe ser considerado con el objetivo de evitar el desarrollo de nuevas lesiones (Preshaw, Walls, Jakubovics, Moynihan y Loewi, 2011).

El cuidado y mantención de las prótesis removibles depende en gran medida de las Indicaciones previas que sean dadas por el odontólogo luego de la instalación protésica, ya sea de forma verbal y escrita. El paciente debe ser informado que el proceso de adaptación a la prótesis depende de gran parte de su voluntad, y que toma un tiempo variable. Es posible que presente salivación excesiva los primeros días; no podrá comer alimentos duros por un tiempo y que varía en cada paciente; y probablemente pudiera presentar algunas ulceraciones dolorosas, lo cual está dentro de las posibilidades que pueda ocurrir, ya que la mucosa adyacente se está adaptando a la nueva prótesis removible, por lo cual el paciente debe concurrir a los controles las veces que sea necesario (MINSAL, 2010).

Las personas rehabilitadas con prótesis dentales deben estar conscientes de lavarlas después de cada comida, cepillarlas con cepillo convencional y enjuagarlas bien con agua. Es tan importante la higiene de la prótesis como de la propia boca; por tanto, se debe retirar la prótesis para dormir, a fin de que los tejidos descansen de la presión que reciben (Álvarez, Ferrer y Franco 2014).

4. Generalidades de las lesiones en la mucosa oral

Las lesiones de la mucosa oral constituyen un grupo heterogéneo que incluye alteraciones o defectos del desarrollo, lesiones infecciosas (bacterianas, fúngicas, por protozoos y virales), lesiones por injurias químicas o físicas, reacciones alérgicas o de enfermedades inmunológicas, lesiones reaccionales y neoplasias benignas y malignas. (Neville et al., 2016)

Este tipo de lesiones constituyen un importante problema de salud y su mayor incidencia es en la población adulta de edad avanzada. En particular, más del 95% de las lesiones se presentan en mayores de 40 años, con un promedio de edad, al establecer el diagnóstico, de 60 años. (Lemus, Triana, del Valle, Fuertes y Sáez, 2009). Esto se relaciona a que los pacientes de mayor edad son más susceptibles a padecer lesiones más graves con traumatismos menos intensos que un paciente joven, ya que presentan una serie de cambios fisiológicos y/o patológicos en la cavidad oral producto del envejecimiento como son el adelgazamiento y atrofia del epitelio, aplanamiento de la interfase epitelio-tejido conectivo, disminución de la velocidad metabólica y recambio celular, atrofia de las glándulas salivales menores, entre otros. (Somacarrera et al., 2015, p.1)

Según el estudio de Bozdemir et al. (2019), en el cual examinaron 709 voluntarios y voluntarias mayores de 60 años, encontraron que en la mayoría de los participantes (87%) tenía una o más lesiones, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo.

Chiong et al. (2014) concluyeron que “diversos estudios demuestran que aproximadamente un 70% de los portadores de prótesis presentan alteraciones en la mucosa bucal y solo un 30% se ven exentos de éstas”.

Autores El Toumb et al., (2018) señalan que los estudios epidemiológicos acerca de las lesiones de la mucosa oral son escasos en comparación con la caries y las patologías

periodontales, y varían de manera significativa la prevalencia entre diversos países y áreas desde un 4,9% hasta un 64,7%.

5. Lesiones paraprotésicas

Existen dos tipos de diagnósticos de lesiones paraprotésicas: agudas y crónicas. Las lesiones agudas suelen ser producto del uso de prótesis nuevas mal ajustadas que ejercen una presión enorme contra los tejidos blandos lo que favorece la aparición de ulceraciones o isquemia arterial y/o dolor. Mientras que las lesiones crónicas son el resultado de prótesis inestables que producen roces sobre el tejido que estimulan modificaciones graduales del tejido de sostén. (León et al., 2019)

Una alta frecuencia de lesiones orales se asocia al uso de prótesis dentales removibles, las cuales al estar mal adaptadas, originan continuos microtraumatismos sobre la mucosa de soporte que cubren. Por otra parte, una incorrecta higiene de la prótesis y de la cavidad oral propicia la acumulación y proliferación de microorganismos, ocasionando el desequilibrio de la microflora bucal y puede permitir la acción de microorganismos oportunistas como la *Cándida albicans*. (Lemus, et al., 2009)

El estudio *Lesiones de la mucosa bucal en adultos mayores con prótesis dentales totales* menciona que las lesiones orales se incrementan a medida que también aumentan los años de uso de las prótesis, lo cual es considerado un factor de riesgo importante en la afectación de las mucosas. Se establece que, a partir de los 6 años de uso, el riesgo de alteraciones aumenta y a partir de los 16 se duplica. El tiempo de uso disminuye significativamente el número de prótesis ajustadas y esto provoca degeneración de las glándulas salivales, que a su vez bloquea los conductos secretores y reduce la secreción salival y su pH, lo que favorece la acumulación de placa dentobacteriana. (Llena, 2006)

Las principales lesiones de la mucosa, asociadas a prótesis removibles son: estomatitis asociada a prótesis, queilitis angular, hiperplasia fibrosa inflamatoria y úlceras traumáticas. La presencia de infección por *Cándida*, mala retención y trauma mecánico se han asociado con el desarrollo de estas lesiones. (Brantes et al., 2019)

5.1. Lesiones paraprotésicas asociadas a *cándida spp.*

Otero et al. (2015) define candidiasis como:

“Enfermedad infecciosa micótica, ocasionada por colonias del género *Cándida* y la penetración de las mismas en los tejidos orales; esto ocurre cuando hay alteración de las barreras físicas y mecanismos de defensa del huésped, ya que se considera un patógeno oportunista. *C. albicans* es la especie oral más prevalente y la que con mayor frecuencia se convierte en patógena” (p.135).

“Los factores predisponentes que pueden facilitar el desarrollo de una candidiasis oral pueden ser tanto locales como sistémicos” (Bagan, 2013, p.179).

Tabla 1: Factores de riesgo de la candidiasis oral

Factores locales (exógenos)	Factores sistémicos o generales (endógenos)
Prótesis orales antiguas o mal ajustadas y con falta de higiene.	Alteraciones endocrinas: hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, diabetes mellitus, embarazo.
Pérdida de la dimensión vertical, ciertos hábitos como chuparse el dedo, lamerse o	Inmunodeficiencias: SIDA, síndrome de Chediak- higashi, leucemia,

morderse los labios.	agranulocitosis.
Antisépticos, antibióticos y/o corticoides locales.	Deficiencias nutricionales: hierro, folato, vitaminas A, B1, B2, B12 y C.
Tabaco	Periodos extremos de la vida, infancia o vejez
Xerostomía	Alcoholismo, estados carenciales y terminales.

La mucosa oral presenta propiedades antifúngicas gracias a la presencia de ciertas proteínas que la protegen de invasión micótica. Se ha observado una elevada prevalencia de estomatitis protésica en pacientes portadores de prótesis removibles, a causa de todos aquellos factores locales como prótesis mal ajustadas y/o con falta de higiene que producen irritación y trauma en la mucosa oral, los cuales alteran su integridad y favorece el desarrollo de candidiasis oral (Bagan, 2013).

Estas lesiones no son producidas exclusivamente por *Candida* spp, pero se pueden encontrar asociadas a candidiasis.

5.1.1. Estomatitis subprotésica

Es “una lesión traumática que se manifiesta como alteración eritematosa en la mucosa de portadores de prótesis mucosoportadas, completas o parciales y muy frecuente en la mucosa palatina” (Preti et al., 2007, p.376).

Dentro de los factores asociados se encuentran: el trauma protésico por prótesis desadaptadas, la higiene oral deficiente, la colonización de la parte noble de la prótesis por microorganismos de tipo bacteriano y/o fúngico principalmente *Cándida spp*, el uso nocturno de la prótesis; la dieta con exceso de carbohidratos, reacciones alérgicas a los materiales de la prótesis entre otros (Salerno et al., 2011).

La *Cándida Albicans* está implicada como el principal agente causal de la estomatitis protésica, debido a su capacidad de adherirse fácilmente al material de resina acrílica (metacrilato de metilo (PMMA), y por la formación de biofilms que son resistentes a los antifúngicos (Gasparoto et al., 2012). Pereira et al. (2013) concluyen que aproximadamente el 90% de los casos de estomatitis subprotésica son causados por levaduras, típicamente *Cándida albicans*. Las levaduras y las bacterias se agrupan como biopelículas en la superficie de la prótesis, que quedan en contacto directo con la mucosa, causando daño a esta, que es tipificado por inflamación e hiperplasia de tejido.

Su prevalencia entre los portadores de prótesis removible es muy variable (11 - 77,4%). Dentro de estos, es más frecuente en los portadores de prótesis completas que en los portadores de prótesis parciales (Preti et al., 2007).

Dependiendo la severidad y la extensión de la inflamación Newton en el año 1962 agrupó la estomatitis protésica en tres grados

- **Grado I:** Estomatitis protésica localizada simple. Clínicamente se observan áreas hiperémicas en forma de pequeños puntos eritematosos localizados. Esta es considerada la lesión mínima visible a la inspección. También se puede definir como una inflamación de carácter local, con obstrucción de los ductos salivales por la prótesis y con signos inflamatorios mínimos, que se manifiesta con un punteado rojizo sobre la mucosa. Este grado tiene más relación con el trauma producido por prótesis. (Ríos, 2014)



Ilustración 1. Estomatitis subprotésica tipo I de Newton (Ríos, 2014)

- **Grado II:** Estomatitis protésica difusa simple. Se observa una inflamación difusa o un enrojecimiento generalizado de la mucosa hiperémica, lisa y atrófica. Circunscrita al área cubierta por la prótesis (Preti, 2007).



Ilustración 2. Estomatitis subprotésica tipo II de Newton (Ríos, 2014)

- **Grado III:** Estomatitis protésica granular o de hiperplasia granular. Es una inflamación intensa con hiperemia de la mucosa y de aspecto nodular en el área cubierta por la prótesis. Entre las lesiones hiperplásicas que asientan en el epitelio mucoso bucal se encuentra la hiperplasia papilomatosa del paladar, que resulta muy frecuente en pacientes con prótesis removibles desajustadas (mucosoportadas o dentomucosoportadas). Estas constituyen

múltiples formaciones papilares, de coloración igual a la mucosa subyacente o más rojiza, de 2 - 4 mm de diámetro, ubicadas contiguamente sin tendencia a fusionarse, de base sésil y consistencia fibrosa, que se distribuyen de forma irregular por el paladar duro (Estrada et al., 2016).



Ilustración 3. Estomatitis subprotésica tipo 3 en paladar (Neville, 2016, p.478).

Los grados de estomatitis subprotésica II y III se relacionan con la presencia de placa microbiana de origen bacteriano o fúngico en la prótesis y en la mucosa subyacente.

Tratamiento: Depende del agente etiológico, sin embargo, medidas preventivas como el cepillado regular de la prótesis y la remoción de la misma durante la noche, manteniéndola seca, son útiles (Preti, 2007). Existen casos en donde es necesaria terapia farmacológica. Los antifúngicos más utilizados son: suspensiones de Nistatina, Anfotericina-B, Miconazol y fluconazol. Casi todos los medicamentos producen generalmente una remisión completa de los síntomas dentro de 12 - 14 días (Emami, Kabawat , Rompre y Feine, 2013).

5.1.2. Quelitis angular

“También conocida como quelitis angular o “perleche”. Se asocia intraoralmente a una infección por *Cándida*, *Staphylococcus* o *Streptococcus*.” Se manifiesta clínicamente con unas

grietas, erosiones, costras o lesiones vegetantes bilaterales en ambas comisuras labiales con escasa sintomatología como escozor o ardor, siendo la estética la mayor preocupación (Bagan, 2013).

El hecho de que se puedan encontrar microorganismos, particularmente *S. aureus*, *Cándida spp* y estreptococos a partir de las lesiones en las comisuras, no implica necesariamente que estos organismos iniciaron la lesión al invadir los tejidos. Podría ser que estuvieron allí debido a condiciones que favorecen su multiplicación (Preti et al., 2007).

Es una manifestación clínica bastante común en pacientes ancianos edéntulos portadores de prótesis removibles. Preti (2007) indica que está presente en el 1% - 25% de los casos y que por lo general se encuentra asociada a *Cándida Albicans* donde la mayor parte de los pacientes presenta una estomatitis protésica asociada.

García et al. (2004) describen que los factores etiológicos informados en relación con la quelitis angular son infección, baja dimensión vertical y falta de soporte labial, vejez, estomatitis por prótesis removible, consumo excesivo de carbohidratos, deficiencia de vitaminas, deficiencia de hierro, sensibilidad a los materiales de la dentadura postiza, uso prolongado de antibióticos, etc.

Tratamiento: Identificar y controlar factores predisponentes (corrección protésica, diabetes, hiposalivación por diferentes causas). Medidas de higiene local y aplicación de antimicóticos tópicos como Nistatina en crema 4 veces al día por 30 días, alternando con lubricantes labiales suaves (sin fragancias o sustancias que puedan producir una reacción de contacto) (Bagan, 2013).



Ilustración 4. Queilitis angular bilateral (Stoopler & Nadeau, 2013)

5.2. Hiperplasia irritativa

Se presenta como una lesión de la mucosa oral secundaria a una mala posición dental, por un mal hábito de succión de la mucosa, localizada en el borde de esta, asociado a prótesis mal adaptada (Torres y Espinoza, 2009).

5.2.1. Fibroma irritativo o hiperplasia fibrosa

“Los fibromas son lesiones exofíticas, bien delimitadas, localizadas en una zona de fricción. Generalmente, no presentan sintomatología asociada, pero en ocasiones, si existe una proliferación nerviosa sensitiva reactiva las lesiones, podrían ser dolorosas, denominándose neurofibromas”. (Somacarrera et al., 2015, p. 133)

“El fibroma puede presentarse en cualquier región de la mucosa, eventualmente en la encía. En algunos casos se puede originar a partir de una hiperplasia fibrosa provocada por trauma” (Cawson, 2009, p. 215).

Tratamiento: Eliminar el factor causal será el tratamiento idóneo (Somacarrera et al., 2015).



Ilustración 5. Fibroma traumático en cara interna del labio inferior (Cordero, 2019)

5.2.2. Épulis fisurado

“El épulis fisurado es una hiperplasia tumoral de tejido conectivo fibroso que se desarrolla en asociación con el reborde de una prótesis total o parcial mal ajustada. Generalmente aparece como un pliegue de tejido hiperplásico, simple o múltiple en el vestíbulo alveolar.” (Neville et al., 2015, p. 476.)

La mayoría de las veces es consecuencia de prótesis antiguas, mal adaptadas, aunque también se puede observar en prótesis nuevas con flancos excesivamente largos. En general, suelen ser asintomáticas y de coloración similar a la mucosa subyacente. (Somacarrera et al., 2015).

Se ubican en el fondo del surco, ocasionadas por la falta de adaptación de los bordes de la prótesis total superior o inferior, o cuando este borde es de poco espesor, afilado, puntiagudo, etc., convirtiéndose en un agente irritativo, o también puede ser ocasionado por la falta de espacio o de alivio de frenillos y bridas musculares. La lesión es nodular, cordoniforme, pediculado, eritematosa o de color rosa pálido, dependiendo del contenido de la masa, de contorno nítido y regular, con superficie brillante y textura lisa. (Cawson, 2009)

Tratamiento: El tratamiento de este tipo de lesiones consiste en la eliminación quirúrgica del tejido alterado y realizar un correcto rebase y reajuste de la prótesis o confeccionar una prótesis nueva en caso de desajustes muy grandes o prótesis muy antiguas (Somacarrera et al., 2015).



Ilustración 6: Épulis fisurado de una prótesis removible mal ajustada (Neville, 2016, p.476)

5.2.3. Hiperplasia por cámara de succión

En el paladar, es ocasionada por el uso de prótesis total superior confeccionada con una depresión central medial de borde afilado en el área basal, conocida como cámara de vacío. Representada por una lesión nodular sésil, cuya forma acompaña al formato de la cámara de vacío. La superficie es lisa, de textura papilomatosa, de contorno regular, con la coloración normal de la mucosa cuando es fibrosa, pudiendo ser eritematosa si el contenido de vasos es mayor. (Cawson, 2009)

Tratamiento: Existen dos modalidades de tratamiento para la hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión. La opción conservadora es realizada por la reducción mecánica a través del rellenamiento gradual de la cámara con el objetivo de comprimir y desaparecer la lesión. En lesiones que presentan una etapa avanzada, la opción de tratamiento es la remoción quirúrgica, que tiene como principal ventaja la rapidez, en comparación al rebajamiento progresivo. (Israel et al., 2008)



Ilustración 7. Hiperplasia fibrosa por cámara de succión (Cordero, 2019)

5.3. Alergias por contacto

Brito y Fernández (2015) definen alergia como: “una reacción exagerada y anormal del organismo cuando entra en contacto con un alérgeno, un anticuerpo reagínico, fundamentalmente IgE. Las alergias que suceden en el territorio maxilofacial se incluyen en la dermatitis de contacto de fisiopatología alérgica y responden al mecanismo de hipersensibilidad tipo IV o tardía o al tipo I o inmediata” (p. 86).

Las resinas acrílicas son el material más utilizado en las prótesis dentales mucosoportadas por sus propiedades físicas, mecánicas y estéticas adecuadas. Este material puede causar reacciones de hipersensibilidad en algunos individuos y ocasionar un cuadro conocido como estomatitis alérgica subprotésica. (Brito y Fernández, 2015)

Los metales contenidos en las aleaciones para prótesis parciales removibles como la estelita (cromo - cobalto - molibdeno) pueden ser fuente de fenómenos alérgicos. En especial el níquel, el cobalto y el cromo (Prete et al., 2007). Es importante considerar que el níquel y el cromo son metales conocidos como elementos tóxicos que poseen potenciales alérgicos y provocan reacciones de hipersensibilidad tipo IV (Brito y Fernández, 2015).

Los microorganismos en la corrosión de los metales juegan un papel significativo. La biopelícula que se forma en la cavidad bucal, denominada placa bacteriana, es capaz de producir ácidos y contiene, aunque en pequeñas proporciones, bacterias reductoras de sulfatos capaces de corroer los metales que se encuentran en la boca y liberar iones metálicos que puedan desatar reacciones alérgicas. (Brito y Fernández, 2015)

En la mayor parte de los casos se trata de reacciones locales por contacto, mientras que son muy pocos los casos con síntomas alérgicos de tipo sistémicos. El cuadro clínico puede limitarse a ardor y/o sensación de prurito oral, sin signos evidentes hasta aspectos clínicos de estomatitis protésica eventualmente acompañado con edema. En algunos casos, se reportan dermatitis o prurito difuso o fenómenos asmáticos. (Preti et al., 2007)

Tratamiento: El manejo de lesiones orales de contacto varía del tratamiento paliativo de los síntomas a la remoción del alérgeno. Es fundamental la identificación del agente causal y su remoción. En el caso de alergia a los metales contenidos en las aleaciones comúnmente utilizados para la confección de prótesis parciales removibles, pueden ser utilizadas algunas aleaciones a base de titanio. (Preti et al., 2007)



Ilustración 8. Reacción por contacto local a material de prótesis de PMMA (Tanoue, 2005)

5.4. Úlceras traumáticas

La úlcera es considerada como “la ruptura del epitelio con exposición del tejido conjuntivo. En la mayoría de los casos se acompaña de un halo eritematoso alrededor, con exudado en la parte central” (Boraks, 2004, p.88).

La úlcera traumática es una lesión frecuente en la mucosa oral. Consiste en una pérdida de sustancia en la que la lesión afecta a todo el espesor del epitelio. Son lesiones reactivas en las que existe una relación causa-efecto identificable. Las úlceras traumáticas más comunes suelen producirse en zonas de oclusión. Deben eliminarse retenedores rotos, o reemplazar obturaciones antiguas que estén fracturadas o filtradas y tengan bordes cortantes que puedan irritar la mucosa. (Somacarrera et al., 2015)

“Las ulceraciones causadas por trauma protésico están presentes en el 1% - 5% de los pacientes y, más comúnmente, aparecen a los pocos días de la inserción de una nueva prótesis” (Preti et al., 2007, p.381).

Las lesiones agudas por prótesis suelen deberse a la presencia de aletas sobreextendidas. En este caso, la lesión desaparecerá al rebajar el contorno de la zona traumatizada (Somacarrera et al., 2015).

Tratamiento: Todas las úlceras traumáticas cicatrizan entre 7 a 10 días, una vez eliminada la causa. Puede resultar útil una terapia en base a enjuagues de clorhexidina para controlar eventuales superinfecciones (Preti et al., 2007).



Ilustración 9: *Úlcera traumática asociada a una aleta vestibular de prótesis removible inferior (Somacarrera et al.,2015)*

III. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

Planteamiento del problema:

Actualmente la población chilena está envejeciendo debido a que las expectativas de vida han ido aumentando a lo largo de los años y, además, por un descenso en la tasa de natalidad. Es por esto que existe una mayor prevalencia de desdentamiento y, por consiguiente, el uso de prótesis removibles, las cuales sin un adecuado control, mantenimiento, higiene, entre otros factores, podrían causar lesiones de la mucosa oral. Muchas veces estas lesiones no son pesquisadas por los estudiantes de Odontología, ya que los controles post instalación e indicaciones de higiene protésica no son los óptimos.

Es por esto, que se pretende determinar la prevalencia de las lesiones en la mucosa oral que existen en pacientes portadores de prótesis removibles, realizadas durante los años 2017-2018, por alumnos de Odontología de la Universidad Viña Del Mar; ya que, además, no existen estudios en la Universidad y existen pocos a nivel nacional.

Relevancia de la investigación:

Conocer la prevalencia de las lesiones paraprotésicas en pacientes rehabilitados y de alta por alumnos de cuarto y quinto año, durante el periodo 2017-2018. Se fundamenta en la necesidad de un diagnóstico clínico y valoración del tratamiento con fines preventivos, educacionales y de control.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de lesiones mucosas en pacientes rehabilitados y de alta con prótesis removibles en clínica odontológica Universidad Viña del Mar, durante el periodo 2017-2018?

IV. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de lesiones mucosas en pacientes rehabilitados con prótesis removibles en clínica odontológica Universidad Viña del Mar, durante el período 2017-2018

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir y determinar las lesiones mucosas paraprotésicas de mayor prevalencia en pacientes rehabilitados con prótesis removibles en clínica odontológica Universidad Viña del Mar, durante el período 2017-2018.
- Asociar la higiene protésica con la presencia de lesiones mucosas en pacientes rehabilitados con prótesis removibles en clínica odontológica Universidad Viña del Mar, durante el período 2017-2018.
- Relacionar el estado de la prótesis removible con la presencia de lesiones mucosas en pacientes rehabilitados y de alta con prótesis removibles en clínica odontológica Universidad Viña del Mar, durante el período 2017-2018.
- Establecer la relación entre el estado de higiene protésica y la instrucción de higiene recibida post instalación en clínica odontológica Universidad Viña del Mar, durante el período 2017-2018.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Diseño y tipo de estudio

Es un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, no experimental. Es descriptivo, ya que el objetivo de la investigación es caracterizar una realidad o fenómeno que fue estudiado (pesquisar lesiones paraprotésicas); de naturaleza cuantitativa, de diseño transversal debido a que la recolección de la información se realizó en un único momento en el tiempo (enero 2020); y no experimental, porque no interfiere deliberadamente en las variables de estudio, solo observa fenómenos, tal y como se dan en su contexto natural.

2. Población y Muestra:

El estudio se realizó en pacientes portadores de prótesis removibles parcial y/o total, mayores de 18 años rehabilitados y de alta por alumnos de cuarto y quinto año de clínica integrada I y II, respectivamente en las clínicas odontológicas de la Universidad Viña Del Mar, durante el periodo 2017-2018.

La muestra del presente estudio corresponde a una muestra no probabilística por conveniencia, producto de una selección de casos según criterio específico: pacientes rehabilitados y de alta con prótesis removibles, obtenidos por medio del registro de acciones clínicas realizadas y finalizadas por cada alumno(a) de cuarto y quinto año, durante el periodo 2017-2018. Esta fue de 48 pacientes, puesto que el resto o no cumplían los criterios de inclusión, o presentaban algún tipo de dificultad a la hora de asistir a las citaciones producto de los siguientes motivos: falta de interés, cambio de región y/o número telefónico, entre otros.

3. Criterios de inclusión

1. Pacientes rehabilitados con prótesis parcial y/o total removibles superior o inferior en clínica odontológica de la Universidad Viña del Mar y de alta.
2. Pacientes atendidos durante el periodo 2017-2018 en la clínica odontológica de la Universidad Viña Del Mar.
3. Pacientes de cualquier género
4. Pacientes mayores de 18 años.

4. Criterios de exclusión

1. No consentir la participación dentro de la investigación.
2. Pacientes que posean limitación de apertura o alguna condición que no permite realizar un adecuado examen oral, no cooperadores y/o con enfermedades psiquiátricas no compensadas.
3. Pacientes que hayan discontinuado el uso de prótesis removible realizada en la Universidad Viña del Mar por diversas razones.

5. Definición de variables

Variables Independientes

Tabla 2. Tabla variables independientes

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Unidad medida
Género	Conjunto de características biológicas asignadas a hombres y mujeres, por separado.	Identificación que hace el sujeto de su sexo, al marcar el espacio correspondiente a la letra F si pertenece al sexo femenino, o a la letra M si responde al sexo masculino.	Cualitativa	Nominal	G1 Masculino G2 Femenino
Edad	Cantidad de tiempo, medido generalmente en años, transcurrido desde la fecha de nacimiento.	Número de años cumplidos, calculados a partir de la fecha de nacimiento registrada en la cédula de identidad, hasta el día de la aplicación del instrumento	Cuantitativa	Discreta	E1.18-30 años E2.31-40 años E3.41-50 años E4. 51-60 años E5. 61-70 años E6. 71-80 años E7. 81-90 años E8. 91-100 años

Variables Dependientes

Tabla 3. Tabla variables dependientes

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Unidad medida
Lesiones Paraprotésicas	Lesiones causadas por prótesis dentarias, pueden ser agudas o crónicas.	Categorización visual entre presencia de lesión paraprotésica y mucosa sin alteración	Cualitativa	Nominal	1. Candidiasis 2. Estomatitis subprotésica 2.1 E. Subprotésica tipo 1 2.2 E. Subprotésica tipo 2 2.3 E. Subprotésica tipo 3 3. Queilitis Angular 4. Fibroma Irritativo 5. Épulis Fisurado 6 Hiperplasia por cámara de succión 7. Alergias por contacto 8. Úlceras traumáticas
Higiene Oral de Prótesis Removible	Control de biofilm presente en prótesis removibles	Categorización visual entre presencia o ausencia de biofilm en prótesis removibles	Cualitativa	Ordinal	1 Buena 2 Regular 3 Malo

Estado de la prótesis	Condición	Categorización visual de la condición funcional que se encuentren las prótesis removibles	Cualitativa	Ordinal	1 Buen estado 2 Regular estado 3 Mal estado
------------------------------	-----------	---	-------------	---------	---

La valoración de la variable higiene de la prótesis removible fue visual, a través de la verificación de presencia o no de biofilm dental y si se observó cálculo y/o tinciones. De acuerdo a esto, fue categorizada en la unidad de medida buena, regular o mala según el puntaje obtenido en la verificación clínica, con la siguiente escala de valoración: (adjunto en Ficha Clínica Anexo 2)

- Buena: 0 puntos
- Regular: 1 punto
- Malo: 2 puntos

Igualmente para la variable Independiente de estado de la prótesis, la cual se categorizó en bueno, regular o mal estado, se elaboró un instrumento de evaluación con su respectiva escala de valoración para determinar el estado de conservación de las prótesis removibles, donde se evaluaron 5 ítems: estética, soporte, retención, estabilidad e integridad del material del aparato protésico. En base a los resultados obtenidos se clasificaron de acuerdo a puntajes: (adjunto en Ficha Clínica Anexo 2)

- Bueno: 5 puntos, cumple con los 5 ítems evaluados.
- Regular: 3 a 4 puntos, es decir, cumple con 3 a 4 de los ítems evaluados.
- Malo: 0 a 2 puntos, vale decir, cumple con 1 o 2 de los ítems evaluados, o no cumple con ninguno de ellos.

6. Calibración

La calibración y entrenamiento del examinador estuvo a cargo de un patólogo oral y abarcó tanto un área teórica (revisión bibliográfica) como práctica. El área teórica consistió en observar imágenes de lesiones orales de libros y publicaciones referentes al tema.

El área práctica se realizó por el grado de acuerdo o concordancia entre el examinador y un *Gold standard*. Se mostraron múltiples imágenes de diferentes lesiones de la mucosa oral y el examinador debía realizar un diagnóstico clínico según la semiología de las lesiones orales. Se obtuvieron 8 aciertos de un total 10 imágenes, por lo que el acuerdo interobservador fue considerado bueno (<0.75). La confiabilidad del instrumento fue medida por la concordancia interexaminadores mediante un análisis estadístico Kappa de Cohen.

7. Método de recolección de datos

De la población, se examinaron un total de 48 participantes. Se logró contactar vía telefónica a 67 pacientes, de los cuales 8 cumplían con criterios de exclusión, ya que habían discontinuado el uso de su prótesis removible, y a los otros 11 pacientes restantes no fue posible realizarles el examen clínico debido a la contingencia sanitaria COVID-19.

Para realizar el examen intraoral se diseñó una ficha clínica (Anexo 2) para el registro de datos. Los participantes fueron examinados durante el mes de enero del año 2020. Antes de comenzar el examen clínico intraoral se le solicitó a cada participante firmar un consentimiento informado (Anexo1).

Se explicó a cada paciente el motivo del estudio, cómo se llevaría a cabo, el instrumental a utilizar, y se informó sobre el resguardo que tendrían los datos personales e identidad. Se utilizó un box de la clínica odontológica de la Universidad Viña Del Mar, ubicada en Av. Libertad #1348, quinto piso (Torre marina Arauco), previa autorización del jefe administrativo. El

box contó con sillón dental, lámpara de iluminación oral, jeringa triple, salivero, eyector de saliva y bandeja.

Para el examen clínico se requirió de una bandeja de examen completa y se llevó a cabo por dos examinadoras previamente calibradas, las que se fueron alternando para realizar el examen. Una de ellas sentada examinando al paciente, quien se encontraba recostado en el sillón dental y la otra examinadora registró la información en la ficha clínica en el área administrativa. Se anotaron los datos personales y anamnesis del paciente en una ficha clínica (anexo 2) revisada y autorizada por el Comité de Ética.

En el examen intraoral se evaluaron de forma sistemática todos los tejidos blandos de la mucosa oral según la secuencia indicada por la OMS: labio y mucosa de la porción anterior de la boca; superior e inferior; porción anterior de las comisuras labiales y mucosa de la porción posterior de la boca, de derecha a izquierda; lengua, superficie dorsal, ventral y borde; suelo de boca; paladar duro y blando; rebordes alveolares y encía. Frente al hallazgo de lesiones en la mucosa se tomaron fotografías intraorales de estas.

Estos hallazgos encontrados fueron informados y explicados al paciente y en los casos necesarios fueron derivado(a)s a atención especializada.

Al finalizar se realizaron charlas de prevención y cuidado, donde se enseñaron técnicas de higiene oral protésica y como forma de compensar la colaboración del paciente se le efectuó un destartraje dental e higiene protésica, si el caso lo ameritaba.

8. Consideraciones éticas

A todos los participantes se les entregó un consentimiento informado (Anexo 1), con la información detallada del estudio de investigación, garantizando privacidad, confidencialidad de datos personales, anonimato, libertad de decidir su participación y de abandonar el estudio si así lo considera, cumpliendo con los principios éticos de autonomía, no maleficencia y justicia. El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad Viña del Mar. (Anexo 3)

9. Análisis estadísticos

El análisis estadístico consistió en realizar inicialmente un análisis exploratorio de datos, entregando algunas estadísticas descriptivas de interés que resumía la información. Para las correlaciones se hizo mediante la prueba de Spearman, ya que las variables a comparar eran cuantitativas y cualitativas:

H₀: Ambas variables son independientes.

H₁: Ambas variables están relacionadas.

Para aquellas correlaciones en que ambas variables son cualitativas dicotómicas se realizó la prueba de independencia exacta de Fisher, en donde las hipótesis son las mismas para la prueba de Spearman.

Los análisis estadísticos y los gráficos han sido desarrollados en el software estadístico Stata 11.2. En todas las pruebas estadísticas el nivel de significancia se fijó en $\leq 0,05$ (5%).

VI. RESULTADOS

1. Análisis de Prevalencia

1.1 Según género

Para comenzar con el análisis, se determinó la prevalencia de lesiones en la mucosa oral en los pacientes rehabilitados con prótesis removible. En el gráfico 1 se observa que 14,58% de las personas examinadas presentan algún tipo de lesión en la mucosa oral. Si se separa por sexo, se tiene que un 11,11% de las mujeres presentan alguna lesión en la mucosa oral y un 25,00% de los hombres presentan alguna lesión en la mucosa oral.

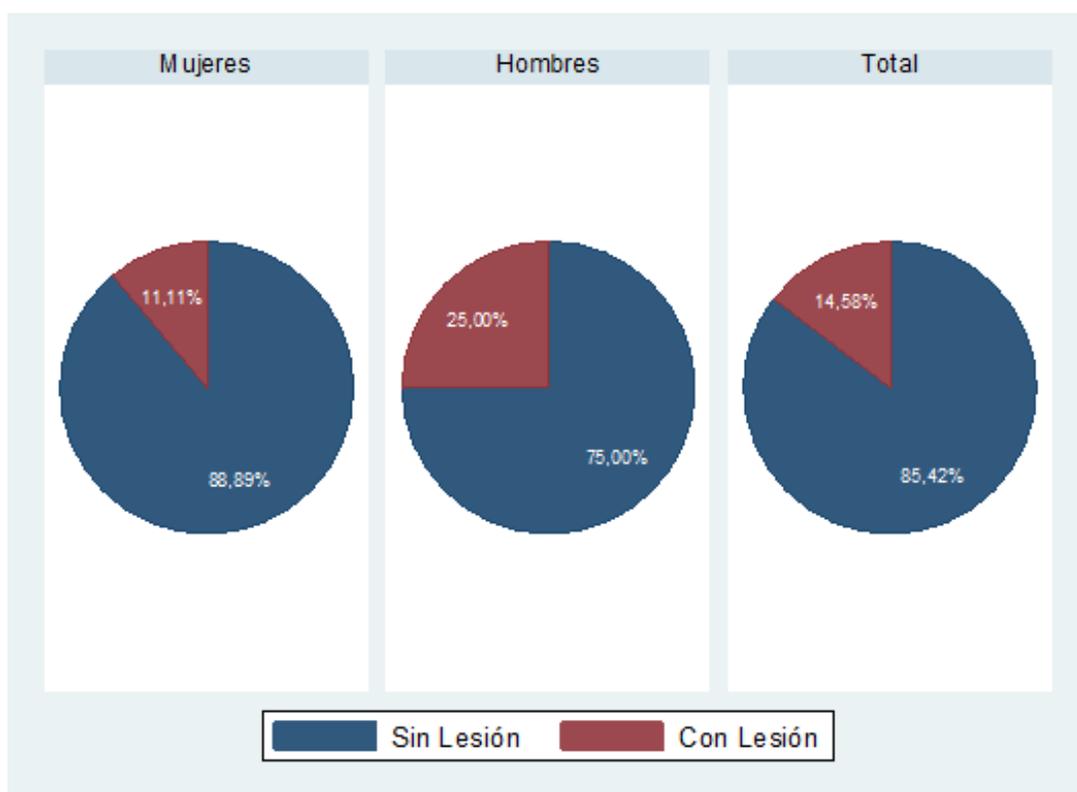


Gráfico 1. Distribución de la presencia de lesiones orales en pacientes rehabilitados con prótesis removible, separado por género.

Tabla 4. Las lesiones mucosas orales que se encontraron en los pacientes fueron las siguientes:

LESIONES MUCOSAS	CANTIDAD	IMAGEN CLÍNICA
ÚLCERA TRAUMÁTICA	3	
ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA GRADO II	2	

		
ESTOMATITIS GRADO I	SUBPROTÉSICA	1 

<p>ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA GRADO III</p>	<p>1</p>	
<p>LEUCOPLASIA</p>	<p>1</p>	

1.2. Según edad

En relación a la edad de los pacientes se observa en la tabla 5 que el promedio de edad de los pacientes fue de 58,5 años. Al separar por sexo, se tiene que la edad promedio de las mujeres que se incluyen en la muestra fue de 57,64 años y el de los hombres fue de 61,08 años. Por otro lado, al observar la edad separándolo por lesión, el promedio de edad es mayor en aquellos pacientes que presentan alguna lesión tanto en mujeres como en hombres.

Tabla 5. Distribución y estadísticas de la edad de los pacientes según presencia de lesiones orales y sexo

Sexo	Sin Lesión			Con Lesión			Total		
	Cant.	Prom.	D. E.	Cant.	Prom.	D. E.	Cant.	Prom.	D. E.
Mujeres	32	57,22	9,67	4	61,00	15,87	36	57,64	10,29
Hombres	9	60,00	8,34	3	64,33	2,52	12	61,08	7,45
Total	41	57,83	9,36	6	62,43	11,46	48	58,5	9,70

2. Relaciones entre la presencia de lesión oral y variables de interés

2.1. Higiene de prótesis removible

En la siguiente tabla se muestra la relación que existe entre la higiene de la prótesis y la presencia de lesiones en la mucosa oral, se observa que un 45,83% de los pacientes presentan

una mala higiene de su prótesis, mientras que los que tienen una buena higiene de la prótesis llegan a un 22,92% de los pacientes.

Tabla 6. Distribución de la higiene de la prótesis según presencia de lesiones orales

Lesión	Mala		Regular		Buena		Total	
	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.
Sin Lesión	19	46,34	12	29,27	10	24,39	41	100,00
Con Lesión	3	42,86	3	42,86	1	14,29	7	100,00
Total	22	45,83	15	31,25	11	22,92	48	100,00

Al realizar una prueba de independencia de Spearman, para determinar si existe algún grado de asociación entre la presencia de lesión oral e higiene de la prótesis removible, se observó un valor-p igual a 0,9014 por lo que no se rechaza la hipótesis nula y, por lo tanto, no existe relación entre la presencia de lesiones con la higiene de la prótesis.

2.2. Estado de Prótesis removible

En la siguiente tabla se muestra la relación que existe entre el estado de la prótesis y la presencia de lesiones en la mucosa oral. Se observa que un 22,92% de los pacientes presentan un mal estado de su prótesis, mientras que un 43,75% de los pacientes presentan buen estado de su prótesis.

Tabla 7. Distribución del estado de la prótesis los pacientes según presencia de lesiones orales

Lesión	Mala		Regular		Buena		Total	
	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.
Sin Lesión	10	24,39	13	31,71	18	43,90	41	100,00
Con Lesión	1	14,29	3	42,86	3	42,86	7	100,00
Total	11	22,92	16	33,33	21	43,75	48	100,00

Al realizar una prueba de independencia de Spearman, para determinar si existe algún grado de asociación entre la presencia de lesión oral y el estado de la prótesis removible, se observó un valor-p igual a 0,8289 por lo que no se rechaza la hipótesis nula y, por lo tanto, no existe relación entre la presencia de lesiones orales con el estado de la prótesis.

2.3. Instrucción de Higiene

En la siguiente tabla se muestra la relación que existe entre si recibió o no instrucción de higiene de la prótesis y la presencia de lesiones en la mucosa oral, y se observa que un 16,67% de los pacientes dicen que no recibieron instrucción, mientras que un 83,33% de los pacientes sí recibieron instrucción de higiene de la prótesis.

Tabla 8. Distribución de si recibió instrucción de higiene de la prótesis removible y presencia de lesiones orales

Lesión	No		Si		Total	
	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.
Sin Lesión	7	17,07	34	82,93	41	100,00
Con Lesión	1	14,29	6	85,71	7	100,00
Total	8	16,67	40	83,33	48	100,00

Al realizar una prueba exacta de Fisher de independencia, para determinar si existe algún grado de asociación entre la presencia de lesión oral y la instrucción de la higiene de la prótesis. Se observó un valor-p igual a 0,881 por lo que no se rechaza la hipótesis nula y, por lo tanto, no existe relación entre la presencia de lesiones orales con la instrucción de higiene de la prótesis.

2.4. Estado higiene de la prótesis según si recibió o no instrucción de higiene

Por otro lado, se realizó un análisis de independencia entre el estado de higiene de la prótesis y la instrucción que recibieron los pacientes sobre la higiene de la prótesis. Se observa en la tabla 9 que de las personas que no recibieron instrucción, un 62,50% tiene mala higiene de la prótesis removible, mientras que de los pacientes que sí recibieron instrucción, un 42,50% tienen un estado de higiene de la prótesis mala.

Tabla 9. Distribución del estado higiene de la prótesis los pacientes según si recibió o no instrucción de higiene de la prótesis

Recibió Instrucción	Mala		Regular		Buena		Total	
	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.
No	5	62,50	3	37,50	0	0,00	8	100,00
Sí	17	42,50	12	30,00	11	27,50	40	100,00
Total	22	45,83	15	31,25	11	22,92	48	100,00

Al realizar una prueba de independencia mediante la prueba de Spearman, se observó un valor-p igual a 0,1503 por lo que no se rechaza la hipótesis nula y, por lo tanto, no existe una relación entre la instrucción de higiene de la prótesis recibida con el estado de higiene de la prótesis.

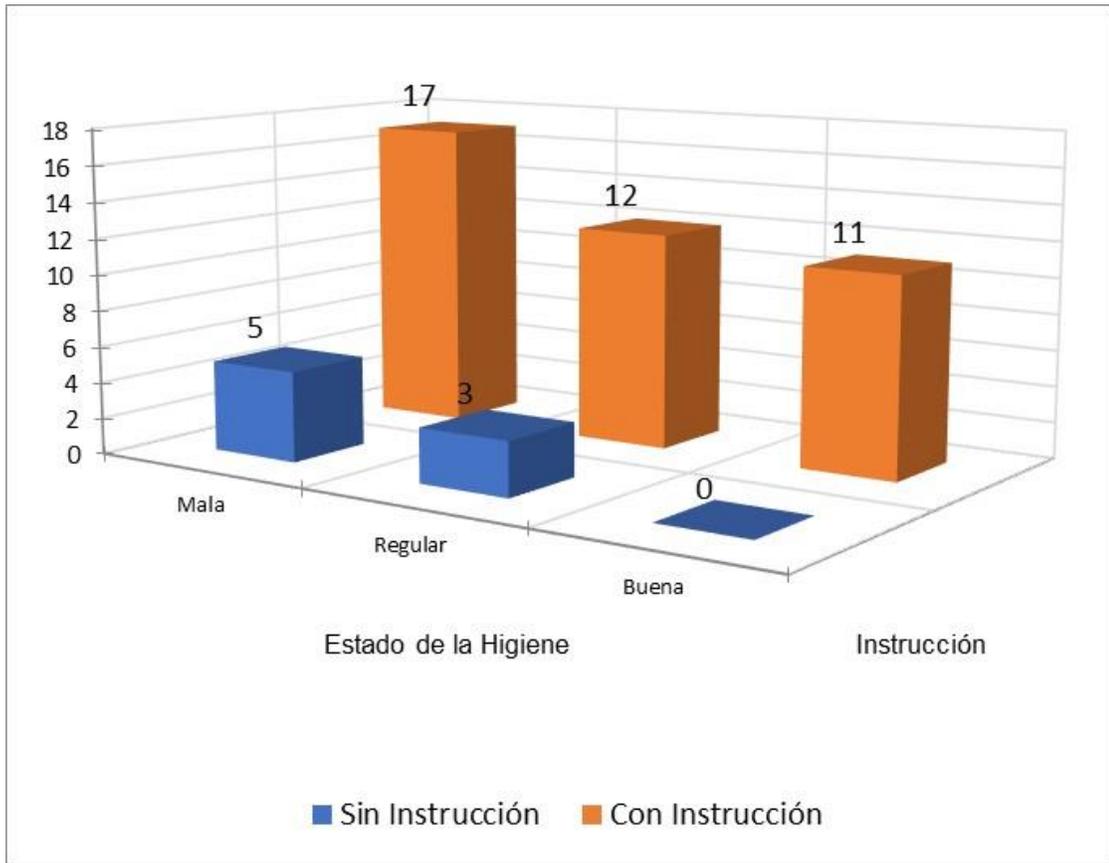


Gráfico 2. Distribución del estado higiene de la prótesis los pacientes según si recibió o no instrucción de higiene de la prótesis

2.5. Uso de prótesis removible

Por último, al consultar si utiliza actualmente la prótesis, un 72,92% de los pacientes sí utiliza la prótesis actualmente y un 27,08% la utiliza ocasionalmente.

Tabla 10. Distribución de sí utiliza la prótesis removible actualmente y la presencia de lesiones orales

Lesión	Ocasionalmente		Sí		Total	
Sin Lesión	12	29,27	29	70,73	41	100,00
Con Lesión	1	14,29	6	85,71	7	100,00
Total	13	27,08	35	72,92	48	100,00

Al realizar una prueba exacta de Fisher, se obtuvo un valor-p de 0,656, por lo que no se rechaza la hipótesis nula y, por lo tanto, no existe relación entre la presencia de lesión en mucosa oral y si usa o no la prótesis removible actualmente.

VII. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

El presente estudio se realizó mediante un examen clínico intraoral a una muestra conformada por 48 pacientes, previamente rehabilitados y de alta con prótesis removible en la clínica odontológica de la Universidad Viña Del Mar, durante el período 2017-2018. Sólo siete pacientes presentaron alguna lesión en la mucosa oral provocada por la prótesis removible.

La muestra de esta investigación presentó predilección por el género femenino, el 75% de los participantes fueron mujeres, siendo este género el más afectado por lesiones (57%). Esto puede justificarse en que las mujeres presentan una preocupación constante por la estética, haciendo que acudan con mayor frecuencia a solicitar tratamientos rehabilitadores y que posean mayor compromiso a un tratamiento que se realiza en varias etapas, a diferencia del género masculino. Este resultado es similar a lo descrito en la investigación de Bermúdez et al., (2016) donde igualmente el porcentaje de género femenino (74,51%) superó al masculino (25,49%) de un total de 51 pacientes examinados y coincide en que las féminas sean las más afectadas por las lesiones en la mucosa oral.

El promedio de edad de los pacientes que participaron en este estudio fue de 58 años y el rango de edad donde se apreció predominio de lesiones orales estuvo comprendido entre 58 a 76 años. Autores como León et al., (2019) y Morales J. et al., (2019) señalan que los más afectados por las lesiones de la mucosa oral asociadas al uso de prótesis dentales removibles son pacientes entre 60 y 70 años, concluyen que las lesiones orales prevalecen en la población adulta debido a una mayor necesidad de utilizar prótesis removibles para mantener la función masticatoria y la estética.

Con respecto a las lesiones encontradas, la úlcera traumática fue la lesión paraprotésica de mayor prevalencia (6,3%), seguida por la estomatitis subprotésica grado II (4,2%) y en menor cantidad se observó la estomatitis subprotésica grado I y grado III (2%). Estos datos no coinciden con la mayoría de las investigaciones consultadas, donde la estomatitis subprotésica ha sido la lesión oral más predominante causada por prótesis removibles. Corona et al., (2017) realizaron un estudio en relación a las lesiones mucosas en pacientes adultos mayores portadores de prótesis totales, donde la lesión paraprotésica con mayor porcentaje resultó ser la

estomatitis subprotésica (54,7%), seguida de la úlcera traumática (24%). Prevalencia similar encontrada por autores como Hernández et al., (2015) donde la estomatitis subprotésica fue la más frecuente en un 43,79% de los casos, asociada al uso de prótesis totales. Así mismo en la investigación previamente mencionada de Bermúdez et al. (2016) se aprecia que la lesión de mayor prevalencia resultó ser la estomatitis subprotésica en un 83,33% de los casos.

En contraste a los resultados de la mayoría de investigaciones referentes a este tema, el hecho de que la úlcera traumática haya sido la lesión más recurrente, puede explicarse en que este tipo de lesiones por causa traumática se asocian más a aparatos protésicos recién instalados, como es el caso de los participantes de este estudio, que no llevaban un tiempo prolongado utilizando la prótesis removible (menor a tres años), estudios como el de Gutiérrez et al., (2014) aseguran que el mayor número de lesiones de tipo ulcerativo se presentaron en prótesis nuevas, por tanto se corrobora que sus principales causas son: zonas compresivas, exóstosis no aliviadas, bordes filosos e inserciones frénicas no liberadas.

Cabe mencionar que en este estudio se observó leucoplasia oral en un paciente, considerada dentro de las lesiones mucosas potencialmente malignas, pero no necesariamente descrita dentro de las lesiones mucosas orales relacionadas con prótesis removible, sino que principalmente asociada al consumo de tabaco, por lo que no se consideró en los resultados de esta investigación. Autores, como Pereira G., (2015) señalan al consumo de tabaco como el factor predisponente más común en la progresión de la leucoplasia oral.

De acuerdo a la higiene protésica, se detectó que el porcentaje de pacientes que presentaron una mala higiene de la prótesis removible (45,83%) fue mayor de los que tenían buena higiene de su prótesis (22,92%). Al asociar esto con la presencia de lesiones mucosas orales, 42,8% de los pacientes que presentaron algún tipo de lesión oral tenían una mala higiene de su prótesis y 14,3% buena higiene de ésta, estadísticamente no se obtuvo un valor significativo en este estudio ($p > 0,05$), por lo que no se asociaron ambas variables. Lo anterior no coincide con estudios como el realizado por Corona et al., (2017) donde mencionan que una

higiene de prótesis deficiente trae como consecuencia el depósito de biofilm dental en el interior de la base de la prótesis, y origina que se desarrollen microorganismos oportunistas como la *Cándida Albicans*, lo que aumenta el riesgo de presentar lesiones paraprotésicas, sobretodo la estomatitis subprotésica, demostrando que el riesgo es dos veces superior en personas con una mala higiene protésica. Otros estudios reportados por autores como Hernández et al., (2015) y Espasandín et al., (2015) difieren con el resultado de nuestro estudio, concluyendo que el mayor número de lesiones orales está vinculado con aquellos pacientes que poseen las prótesis con mala higiene.

Dentro del análisis otra variable de interés fue el estado de la prótesis y su relación con la presencia de lesiones orales, en este estudio no se encontró asociación ($p > 0,05$), ya que 22,92% de los pacientes presentó un mal estado de su prótesis y de este porcentaje solo un paciente (2%) presentó lesión oral. Estos resultados no coinciden con los estudios de Nápoles JJ., et al. (2016), estos autores encontraron, en su investigación sobre lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras, que en cuanto al tipo de lesión y estado técnico de la prótesis, la mayor cantidad de lesiones estaban asociadas con el uso de las prótesis desajustadas (63,96 %) y las afecciones de mayor aparición en relación con este estado técnico de la prótesis deficiente fue la estomatitis subprotésica (25,91 %), la queilitis angular (12,14 %) y el épulis fisurado (10,52 %). Así mismo, García Alpízar et al. (2010) en su estudio sobre prótesis dentales y lesiones mucosas, evidenciaron que en aquellos pacientes con prótesis en mal estado, ya sea desajustadas y/o desgastadas, la presencia de lesiones era mayor, 50% de éstos padecían lesiones, lo que significó un riesgo cuatro veces superior en relación con los que portaban prótesis en buen estado. A diferencia de nuestro estudio, Lemus et al., (2009) concluyó que el estado de conservación de la prótesis constituyó un factor de riesgo en la aparición de lesiones de la mucosa oral, donde la mala calidad de la prótesis dental se comportó como condicionante en la aparición de lesiones en la mucosa bucal, resultados que podrían explicarse debido a que su estudio se realizó con una muestra más grande.

Con respecto a la relación entre el estado de higiene protésica y la instrucción de higiene que reciben los pacientes sobre cómo higienizar sus prótesis removibles, no se encontró

asociación, ya que en este estudio se observaron prótesis con mal y regular estado de higiene tanto en pacientes que recibieron instrucción de higiene (83.3%), como en pacientes que relataron no haber recibido (16.6%). Estos resultados concuerdan con estudios como el de Patel I., et al (2012) donde se analizó a través de encuestas, las prácticas y hábitos de limpieza de pacientes portadores de prótesis removible total. Los pacientes a pesar de recibir la orientación de odontólogos y estudiantes de odontología, presentaron niveles de prácticas y hábitos de limpieza bucal deficientes o irregulares. Krawczyk et al. 2015, realizó un estudio sobre higiene, formas de almacenamiento y vida útil de las prótesis removibles, donde la mayoría de los pacientes presentaron una higiene deficiente a regular, específicamente porque el mayor porcentaje de pacientes limpió la prótesis removible con un cepillo de dientes y pasta dental, lo que no se recomienda debido a la presencia de microabrasiones lo que aumenta la acumulación de placa y reduce el brillo de las superficies de la dentadura.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra la acotada muestra que se analizó, debido principalmente a la contingencia sanitaria COVID-19, ya que al aumentar el número de pacientes se podrían observar valores más fidedignos y estadísticamente significativos. Esta investigación también se vio limitada por el sistema de registro de información, datos computacionales incompletos y poco claros con respecto a los tratamientos por especialidad y año efectuados a los pacientes que asistieron a la clínica odontológica de la Universidad de Viña Del Mar.

VIII. CONCLUSIÓN

Podemos afirmar que el tratamiento basado en rehabilitaciones protésicas removibles tiene un efecto positivo en aquellos pacientes que acudieron en el período 2017-2018 a la clínica odontológica de la Universidad De Viña Del Mar, evaluado en este estudio a partir de la baja prevalencia de lesiones mucosas paraprotésicas encontradas mediante el examen clínico intraoral.

Las lesiones mucosas orales fueron más comunes en el rango entre 58 a 76 años de edad, con mayor tendencia en el género femenino, siendo la úlcera traumática la lesión de mayor prevalencia.

En relación a la higiene protésica, no se observó una asociación directa con la presencia de lesiones mucosas. La mayoría de los pacientes mencionó haber recibido instrucción de higiene post instalación protésica, sin embargo se encontró que los pacientes examinados tenían deficiencias en la adecuada higienización y cuidado de las prótesis dentales removibles, lo que evidenció necesidades de una mejor educación sobre el mantenimiento y correcto cepillado protésico.

Por otro lado al considerar el estado de las prótesis dentales removibles, no existió relación con la presencia de lesiones mucosas orales.

IX. SUGERENCIAS

Para enriquecer la investigación se sugieren los siguientes puntos:

En primer lugar y como se mencionó anteriormente ampliar el tamaño de la muestra para obtener valores estadísticamente significativos de las variables analizadas, ya que debido a la contingencia sanitaria COVID-19 no se pudo contar con un número mayor de pacientes.

A pesar de que nuestro estudio no se enfocó en la búsqueda de todos los factores etiológicos de las lesiones mucosas encontradas, sería interesante incluirlos para futuras investigaciones en el área.

En la clínica odontológica de la Universidad Viña Del Mar aumentar la cantidad de controles periódicos, incluyendo un control a los 6 meses del alta, en los pacientes rehabilitados con prótesis removibles, para tener un mejor seguimiento de la higiene oral y protésica, además de evaluar el estado de la prótesis y educar en la ejecución del autoexamen de la mucosa oral como una medida principal de prevención en la salud oral.

Establecer un protocolo de higiene oral y protésica post instalación para todos los alumnos de Odontología que cursen Clínica Adulto en la Universidad De viña Del Mar.

Elaborar un mini atlas de las principales lesiones mucosas paraprotésicas, como material de estudio, especialmente para los estudiantes de la Universidad De Viña Del Mar y para odontólogos generales que lo requieran.

Finalmente es importante obtener mayor accesibilidad a datos y tratamientos en la Universidad De Viña Del Mar, un registro más especializado por paciente de los tratamientos rehabilitadores de cada especialidad, realizados por los alumnos en clínica adulto y así facilitar trabajos de investigación y/o de futuros tesis.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Hernández, E., Ferrer García, M., & Franco Bravo, Z. (2014). Propuesta de un plegable de autoayuda para la higiene de la Prótesis dental. *Revista Cubana De Tecnología De La Salud*. Recuperado de <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/298/3>
2. Arteaga, O., Urzúa, I., Espinoza, I., Muñoz, A., Mendoza, C. (2009). Prevalencia de Caries y Pérdida de Dientes en Población de 65 a 74 Años de Santiago, Chile. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 2(3), 161–166.
3. Bagan, J., (2013). *Medicina y Patología Bucal*, Valencia, España, Medicina Oral, S.L. p. 182.
4. Barcaccia B., Esposito G., Matarese M., Bertolaso M., Elvirad M., Maria Grazia De Marinis. (2013). Defining quality of life: a wild-goose chase. *Europe's Journal of Psychology*, 4, 185-203.
5. Bermúdez D., Morales T., Vázquez A. (2016). Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis estomatológica en desdentados totales. *Revista del Órgano Científico estudiantil de Cuba*, 55(262):9-17. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2016/abr16262b.pdf>
6. Bocage, M. (2009.). *Prótesis parcial removible*. UR.FO. pp.243.
7. Bozdemir, E., Yilmaz, H. H., & Orhan, H. (2019). Oral mucosal lesions and risk factors in elderly dental patients. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects*, 13(1), 24–30.
8. Boraks, S., (2004). *Diagnóstico Bucal*, Sao Paulo, Brasil, Artes Medicas Ltda. pp. 87, 88.
9. Brantes MF, Azevedo RS, Rozza-de-Menezes RE, Póvoa HC, Tucci R, Gouvêa AF, Takahama Jr A. (2019). Análisis de los factores de riesgo para el maxilar en Lesiones de la mucosa oral relacionadas con la dentadura: un estudio transversal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 24 (3): e305-13.
10. Brito Y., Fernández J. (2015), Alergia a materiales y fármacos de uso estomatológico, | *Acta Médica del Centro*. 9 (4.) 86-88.
11. Carr, A.B., McGiveney, G.P., Brown D.T. (2006). *MC cracken prótesis Parcial Removible*. Madrid, España: Elsevier.
12. Carrard VC, Haas AN, Rados PV, Santana Filho M, Oppermann RV, Albandar JM y cols. (2011). Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions in an urban population from South Brazil. *Oral Dis*, 17(2):171-9.
13. Cawson, E.W. Odell. (2009). *Medicina y Patología Oral*, 8 Edición, p. 215.
14. Chiong, G. A., Pérez, S. R., Medina, S. J. S., & Álvarez, L. D. (2014). Caracterización de las lesiones de la mucosa bucal en pacientes portadores de prótesis. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 39(8). Recuperado de <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/216>.
15. Cordero, K. (2019). *Patologías orales más frecuentes en el adulto mayor*. Viña del mar, Chile.
16. Corona Carpio, Marcia Hortensia, Ramón Jimenez, Ruth, & Urgellés Matos, Wiljer. (2017). *Lesiones de la mucosa bucal en adultos mayores con prótesis dentales totales*.

MEDISAN, 21(7), 813-818. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700006&lng=es&tlng=e

17. El Toum, S., Cassia, A., Bouchi, N. y Kassab, I. (2018). Prevalencia y distribución de las lesiones de la mucosa oral por categorías de sexo y edad: un estudio retrospectivo de pacientes que asisten a la Escuela de Odontología del Líbano. *Revista internacional de odontología*, 4030134. <https://doi.org/10.1155/2018/4030134>
18. Emami E, Kabawat M, Rompre PH, Feine JS. (2013). Linking evidence to treatment for denture stomatitis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of dentistry*, 42(2):99-106).
19. Espasandín González S, Reyes Suárez VO, Soler Gil M, Pérez Acosta K. (2015). Factores de riesgo asociados a la aparición de la estomatitis subprótesis. *Rev MediMay*, 21(1). Recuperado de <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/709>
20. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J (2003). Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med*, 32:571–575.
21. Estrada Pereira, Gladys Aída, Márquez Filiu, Maricel, & Agüero Despaigne, Liliet Antonia. (2016). Hiperplasia papilomatosa del paladar en pacientes con prótesis dental. *MEDISAN*, 20(10), 2209-2216.
22. García López, Eneida, Blanco Ruiz, Antonio O., Rodríguez García, Luis Orlando, Reyes Fundora, Delis, & Sotres Vázquez, Jorge. (2004). Queilitis: Revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Estomatología*, 41(2) Recuperado en 18 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000200009&lng=es&tlng=es. Glen P
23. Gasparoto TH, Sipert CR, de Oliveira CE, Porto VC, Santos CF, Campanelli AP, et al. (2012). Salivary immunity in elderly individuals presented with Candida-related denture stomatitis. *Gerodontology*, 29(2): 331-9.
24. Gendreau, L., & Loewy, Z. G. (2011). Epidemiology and Etiology of Denture Stomatitis: Denture Stomatitis. *Journal of Prosthodontics*, 20(4), 251-260. <https://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2011.00698.x>
25. Hebling E, Pereira A. (2007). Oral health- related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. *Gerodontology*. 24:151-161.
26. Hernández Y, Pérez Ayala D, Milians Planes E, Zeida Díaz C, Vento Blanco Y. (2015). La rehabilitación protésica en las lesiones bucales del adulto mayor. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río*, 19(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100005
27. Israel, M Ferreira, V Cornelio, S Noletto J. (2008). Hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión: tratamiento quirúrgico-relato de caso clínico. *Acta Odontol*, 46(3):3–8.
28. Jeyapalan, V., & Krishnan, C. S. (2015). Partial Edentulism and its Correlation to Age, Gender, Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes– A Literature Review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 9(6), ZE14-ZE17. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/13776.6124>
29. Khasawneh S, al-Wahadni A. (2002). Control of denture plaque and mucosal inflammation in denture wearers. *J Ir Dent Assoc*, 48:132- 8.
30. Krawczyk J, Bożyk A, Kiworkowa-Rączkowska E, Berger M, Bakalczuk M, Szkutnik J, Pietryka-Michałowska E, Wdowiak A, Sapuła M. (2015). Hygiene, ways of storage and lifetime of removable dentures. *J Pre-Clin Clin Res*, 9(1): 54–56. doi: 10.5604/18982395.1157577

31. Lemus L., Triana K., Del Valle O., Fuertes L., & Sáez R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. *Revista Cubana de Estomatología*, 46(1).
32. Llena Puy C. (2006). La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda en el diagnóstico de algunas patologías. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*.11(5): 4.
33. León-Velastegui M, Gavilanes-Bayas N., Mejía-Navas E. (2019). Lesiones de la mucosa oral asociadas al uso de prótesis odontológicas en pacientes edéntulos totales. *Dominio de las Ciencias*, 5(1), 603-623. <https://doi.org/10.23857/pocaip>
34. Lynge Pedersen AM, Nauntofte B, Smidt D, Torpet LA. (2015). Oral mucosal lesions in older people: Relation to salivary secretion, systemic diseases and medications. *Oral Dis*, 21(6):721–9.
35. Maturana-Ramírez, A., Adorno-Farías, D., Reyes-Rojas, M., Farías-Vergara, M., & Aitken-Saavedra, J. (2015). A Retrospective analysis of reactive hiperplastic lesions of the oral cavity: study of 1149 cases diagnosed between 2000 and 2011, Chile. *Acta Odontol. Latinoam*, 28, 6.
36. Martori E, Ayuso-Montero R, Martínez-Gomis J, Viñas M, Peraire M. (2014). Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. *J Prosthet Dent*, 111(4):273- 279.
37. Milward, P., Katechia, D., & Morgan, M. (2013). Knowledge of removable partial denture wearers on denture hygiene. *British dental journal*, 215. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.1095>
38. MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2003.
39. Ministerio de Salud de Chile (2010). Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Subsecretaría de Salud Pública, Santiago de Chile.
40. Morales PYJ, Meras JTM, Batista AMY. (2019). Paraprosthetic lesions of soft tissues in patients with complete prosthesis. *Medicentro*. 23(1):19-25.
41. Nápoles González, I. de J., Díaz Gómez, S. M., Puig Capote, E., & Espeso Nápoles, N. (2008). La candidiasis en pacientes con estomatitis subprótesis. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 12(6), 0-0.
42. Nápoles, Rodríguez Carbonell, Corona Carpio, Áreas Arañó, , & Limonta Bandera, (2016). Mantenimiento, manejo y cuidado de las prótesis dentales en pacientes atendidos en una consulta de estomatología general integra. *MEDISAN*, 20(10), 2217-2223.
43. Neville, B., Damm, D., Allen, C. and Chi, A. (2016). Oral and maxillofacial pathology. 4th ed. Saint Louis: Elsevier, pp.370 - 475.
44. Otero Rey, E., Peñamaría Mallón, M., Rodríguez Piñón, M., Martín Biedma, B., & Blanco Carrión, A. (2015). Candidiasis oral en el paciente mayor. *Avances en Odontoestomatología*, 31(3), 135-148. <https://doi.org/10.4321/S0213-12852015000300004Rhcm15109.pdf>. (s. f.). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v8n1/rhcm15109.pdf>
45. Patel I, Madam G, Patel B, Solanki K, Chavda R. (2012). Behaviours and Hygiene Habits of a sample population of complete denture wearers in Ahmedabad. *Journal of International Oral Health*, 4(2): p. 29-38.
46. Prakash V. y Gupta R. (2017). Introducción a prótesis removibles parciales. *Concise Prosthodontics* (2 ed., p.224). India: Elsevier.
47. Preti G., F.Bassi, S.Catapano, M.Corsalini, G.Gastaldi, P.Pera, G.Schierano R. (2007) *Rehabilitación protésica*, tomo 2.
48. Preshaw PM, Walls AW, Jakubovics NS, Moynihan PJ, Jepson NJ, Loewy Z (2011).

Association of removable partial denture use with oral and systemic health. *J Dent*, 39:711–719.

49. Pereira, C. A., Toledo, B. C., Santos, C. T., Pereira Costa, A. C. B., Back-Brito, G. N., Kaminagakura, E., & Jorge, A. O. C. (2013). *Opportunistic microorganisms in individuals with lesions of denture stomatitis. Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 76(4), 419–424. doi:10.1016/j.diagmicrobio.2013.05.001
50. Pereira, G. A. E. (2015). Incidencia de la leucoplasia bucal en pacientes fumadores.
51. Rendón, R. (2006). prótesis Parcial Removible, Conceptos Actuales, Atlas de diseño. España: Editorial médica Panamericana, S.A
52. Ríos M. (2014). Estomatitis subprótesis, prevalencia de candidiasis oral y comparación de su resolución con o sin el empleo de antimicóticos. Universidad Nacional de Colombia.
53. Salerno C, Pascale M, Contaldo M, Esposito V, Busciolano M, Milillo L, et al. (2011). Candida-associated denture stomatitis. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*, 16(2):139-43.
54. Sapp, J., Eversole, L. and Wysocki, G. (2008). *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. 2nd ed, p380. Madrid, España: Elsevier.
55. Seerig, L. M., Nascimento, G. G., Peres, M. A., Horta, B. L., & Demarco, F. F. (2015). *Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. Journal of Dentistry*, 43(9), 1051–1059.
56. Sheiham A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 83 (9). Recuperado desde: <https://www.scielosp.org/pdf/bwho/2005.v83n9/644-644/en>
57. Somacarrera Pérez, M.L., López Sánchez, A.F., Martín Carreras-Presas, C., & Díaz Rodríguez, M. (2015). Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Avances en Odontoestomatología*, 31(3), 129-134.
58. Stoopler E., Nadeau C. (2013). How do I manage a patient with angular cheilitis. *J Can Dent Assoc (Tor)*. 79:d68.
59. Tanoue, N. (2005). Use of a light-polymerized composite removable partial denture base for a patient hypersensitive to poly(methyl methacrylate), polysulfone, and polycarbonate: A clinical report [Ilustración 8].
60. The Glossary of Prosthodontic Terms. (2017). *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 117(5), C1-e105. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2016.12.001>
61. Torres M., Espinoza I. (2009). Trastornos odontológicos en el adulto mayor. *Medwave*, 9(9):3–5.
62. Zaigham, A y Usman M. (2010). Pattern of partial edentulism and its association with age and gender. *Pakistan Oral & Dental Journal*, 30 (1), 260-263.

XI. ANEXOS

ANEXO 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., RUT

Autorizo mediante mi firmaa participar de este proyecto y manifiesto que he sido informado/a del porque ha sido seleccionado para participar en el trabajo de investigación “Prevalencia de lesiones mucosas oral en pacientes rehabilitados con prótesis removible en clínica odontológica de la universidad Viña Del Mar”, que se está realizando por parte de las alumnas Fernanda Galaz, celular: +56981298953 (fersgalaz19@gmail.com), Camila Neira, celular: +56966098842 (c.neira@gmail.com), Daniela Perey, celular: +56969078690 (danielaperey@gmail.com) y está a cargo de la Dra. Pámela Castro Rodriguez. (pamelacr@gmail.com), el cual consiste en determinar la prevalencia de las lesiones mucosas, si es que estas fuesen detectadas. El participante se someterá a un procedimiento que consiste en un examen clínico no invasivo, el que durará aproximadamente 20 minutos, éste se basará en la inspección de la cavidad oral, a través de un método táctil y visual, con instrumentos de examen (espejo, gaza, pinza y sonda), en una sala habilitada para esto, dentro del mismo establecimiento educacional.

Este examen es indoloro, no existe ningún riesgo para el participante. La información será registrada en una ficha clínica. Si en el examen oral se encontrara una lesión que necesite seguimiento, será necesario tomar fotografías de esta para su control y

evolución, en este caso el paciente será derivado a especialista en patología. Tendré el derecho de pedir un informe con la información obtenida.

Tomando todo esto en consideración, doy fe que:

1. Se me ha explicado el protocolo de atención, los conceptos y palabras que no entiendo y en el caso que surja cualquier duda podré contactarme con el responsable y aclararla.

1. He sido informado/a de los beneficios de participar en este estudio (Obtendrá el participante como beneficio información completa sobre su estado de salud bucal y recibirá prevención odontológica a través de charlas didácticas e interactivas) y que toda la información recopilada (por los responsable identificados anteriormente) que he otorgado sólo la conocerán los investigadores del estudio y es de carácter confidencial.

ANEXO 2



FICHA CLÍNICA

Nombre completo _____

Domicilio _____

Ocupación _____ RUT _____

Teléfono contacto _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____ Smile _____

Anamnesis

Hipertensión		Diabetes		Asma	
Hepatitis		Gastritis		Epilepsia	
Hipertiroidismo		Úlceras		Tuberculosis	
Hipotiroidismo		hepatitis		ETS/VIH	

Alergias _____

Otros _____

Bajo tratamiento médico Si ____ No ____

Fármacos utilizados _____

Antecedentes odontológicos

Cirugía ____ Endodoncia ____ Operatoria ____ Periodoncia ____

Hábitos

Alcohol ____ Frecuencia _____ Año comienzo _____

Tabaco ____ Cantidad cigarrillos diarios _____

Drogas ____

Prótesis

Superior ____	Inferior ____
Total ____ Parcial ____	Total ____ Parcial ____
Dentosoportada ____ Mucosoportada ____ Dentomucosoportada ____	Dentosoportada ____ Mucosoportada ____ Dentomucosoportada ____

Recibió Instrucción de Higiene y control post instalación de prótesis Si____No ____

Limpia sus prótesis después de cada comida? Si____No ____

Se quita la prótesis para dormir? Si____No ____

Usa actualmente su prótesis? Si____No____Ocasionalmente ____

Examen extraoral

Adenopatías Si____No____ubicación _____

Ruidos articulares Si____ No____ Tipo _____ Ubicación

Asimetrías faciales Si____ No____ Ubicación

Otros

Examen intraoral

1. Labio superior _____

2. Encía superior _____

3. Paladar duro _____

4. Paladar blando _____

5. Orofaringe _____

6. Dorso de la lengua _____

- 7. Bordes laterales de la lengua _____
- 8. Zona ventral de la lengua _____
- 9. Piso de boca _____
- 10. Encía inferior _____
- 11. Mucosa yugal _____
- 12. Labio inferior _____
- 13. Comisuras labiales _____

Presencia de Lesiones en Mucosas: Si () No ()

Tipo de lesión: _____

Fotografía

ÍNDICE PARA EVALUAR LA HIGIENE DE LA PRÓTESIS REMOVIBLE

VERIFICACIÓN CLÍNICA:

MERO	PREGUNTA	SUPERIOR	INFERIOR	PUNTAJE

1	¿PRESENTA BIOFILM?			
2	¿SE OBSERVA CÁLCULO O TINCIONES?			
	PUNTAJE TOTAL			

ESCALA DE VALORACIÓN DEL ÍNDICE

ESTADO DE HIGIENE DE LA PRÓTESIS:

Bueno = 0

Regular = 1

Malo = 2

ÍNDICE PARA EVALUAR ESTADO DE LA PRÓTESIS REMOVIBLE

VERIFICACIÓN CLÍNICA:

Items	Superior	Inferior	PUNTAJE
Estética			
Soporte			
Retención			
Estabilidad			
Integridad material			
Puntaje Total			

En base a los resultados obtenidos:

PUNTAJES

I - VERIFICACIÓN CLÍNICA

TOTAL: 5 PUNTOS

ESCALA DE VALORACIÓN DE ESTADO PRÓTESIS REMOVIBLE

BUENO: 5 puntos

REGULAR: 3 - 4 puntos

MALO: 0 - 2 puntos

	Buen Estado	Regular Estado	Mal Estado
P. Superior			
P. Inferior			

ANEXO 3



**Solicitud aprobación de trabajo de investigación por parte del
CEC-UVM.**

Fecha: 5-11-2019

Docente Guía: Dra. Pámela Castro Rodriguez

Alumnos: Fernanda Galaz C, Camila Neira R, Daniela Perey D.

Unidad Académica: Escuela de Ciencias de la Salud, carrera de Odontología.

Título del estudio: (podría ser modificado)	Prevalencia de lesiones mucosas en pacientes rehabilitados con prótesis removible en clínica odontológica de la universidad viña del mar en el año 2017 y 2018.
Docente Investigador/Guía:	Dra. Pámela Castro Rodriguez
Nivel: (Pregrado/Postgrado)	Pregrado
Criterios deontológicos:	<ul style="list-style-type: none">• Autonomía: será decisión del usuario participar libremente en este estudio.• Beneficencia: Describir y determinar lesiones mucosas paraprotésicas. Realizar derivaciones pertinentes.• Justicia: no existirá discriminación alguna a ningún usuario en este estudio.• No maleficencia: no se realizan malas praxis. Este estudio es observacional.
Objetivo del estudio: (Señale brevemente el objetivo general de su estudio).	determinar la prevalencia de lesiones mucosas en pacientes rehabilitados con prótesis removibles en clínica odontológica UVM durante el periodo 2017-2018

<p>Métodos y protocolos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diseño ● Población/ muestra ● Criterios inclusión/ exclusión ● Protocolo de trabajo ● Análisis y resguardo de datos 	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Diseño de Estudio</u>: cuantitativo, descriptivo, transversal, no experimental. ● <u>Universo</u>: Pacientes portadores de prótesis removibles parcial y/o total, mayores de 18 años tratados por alumnos de cuarto y quinto año de clínica integrada I y II respectivamente, en la clínica odontológica de la Universidad Viña Del Mar, durante el periodo 2017-2018. ● <u>Criterios de inclusión</u>: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes rehabilitados con prótesis parcial y/o total removibles superior o inferior en la clínica odontológica de la Universidad Viña Del Mar. - Pacientes atendidos durante el periodo 2017-2018 en la clínica odontológica de la Universidad Viña Del Mar. - Pacientes de cualquier género. - Pacientes mayores de 18 años. ● <u>Criterios de exclusión</u>: <ul style="list-style-type: none"> - No consentir la participación dentro de la investigación. - Pacientes que posean limitación de apertura o alguna condición que no permite realizar un adecuado examen oral, no cooperadores y/o con enfermedades psiquiátricas no compensadas. - Pacientes que hayan descontinuado el uso de prótesis removible realizada en la Universidad Viña del Mar por diversas razones. ● <u>Protocolo de trabajo</u>: Se realizará examen clínico intraoral a los usuarios que asistan a revisión gratuita en la clínica odontológica de la Universidad Viña Del Mar, ubicada en Av. Libertad #1348, quinto piso (Torre marina Arauco), entre los meses de marzo y abril del año 2020. Antes de comenzar el examen clínico intraoral se le solicita a cada participante firmar el consentimiento informado. Luego se hará una introducción, explicando el motivo de la investigación de estudio, cómo se llevará a cabo, el instrumental a utilizar, e informar sobre el resguardo que tendrán los datos personales e identidad. Posteriormente se efectuará el examen clínico intraoral en el box dental de la clínica odontológica de la UVM, previa autorización del jefe administrativo. El registro de datos serán recopilados en una ficha clínica especialmente diseñada para el estudio. En el examen clínico se necesitará una bandeja de examen completa y se llevará a cabo por dos examinadores previamente calibradas. Una de ellas sentada examinando al paciente, quien se
--	--

encontrará acostado en el sillón dental, la otra examinadora va registrando la información en la ficha clínica en el área administrativa y se van alternando para realizar el examen clínico. También se requerirá la ficha clínica personal de cada participante que poseía la clínica odontológica de la Universidad Viña Del Mar, para acceder a información y datos personales generales. Finalmente los hallazgos encontrados serán informados y explicados al usuario y de ser necesario será derivado(a) a atención especializada.

Al finalizar se realizarán charlas de prevención, donde se enseñarán técnicas de higiene oral protésica y como forma de agradecimiento la colaboración del paciente se le entregará un set de higiene dental y protésica.

- Análisis y resguardo de datos:

Los datos obtenidos de esta investigación de estudio, serán recolectados en la ficha electrónica, traspasados y tabulados en planilla excel, para posteriormente ser analizados en el programa estadístico Stata V.11.2®. La información recabada y resultados obtenidos (pertinente a la investigación, excluyendo datos personales) serán enviados a un estadístico profesional, quien mediante la fórmula de método no probabilístico por conveniencia, determinará el valor (N) para el universo del estudio. Se delimita un 95% de confianza para esta investigación de estudio.

Posteriormente del análisis de datos, toda la información será almacenada en un enlace drive, el cual tendrá acceso restringido sólo para las investigadoras de este estudio y doctora a cargo de la investigación (Dra. Pámela Castro).

Finalmente cabe señalar, que los consentimientos informados serán resguardados en un principio por la delegada de grupo de las examinadoras, y finalmente quedarán a disposición de la doctora guía de la investigación.

Resultados esperados: (describa brevemente los resultados que se esperan del estudio, y el impacto del mismo en la población y/o pacientes).	Esperamos encontrar distintos tipos de lesiones orales al examen clínico en pacientes portadores de prótesis removibles y determinar la de mayor prevalencia. También encontrar relación entre el estado e higiene de la prótesis con la presencia de lesiones. Se espera que este estudio contribuya a familiarizar al odontólogo general, al estudiante de odontología y a la población con estas patologías, para así poder diagnosticar, tratar, controlar y/o prevenir adecuadamente factores de riesgo que puedan desencadenar la aparición de estas lesiones mucosas.
Se solicita consentimiento de los participantes. (Adjuntar en los casos necesarios).	Se adjunta documento
Señale la indexación de la revista enviará el artículo.	Scielo
Observaciones Comité de Ética de la UVM. (No rellenar) CÓDIGO	

Firma tutor o investigador responsable.

Firma Jefe de Carrera, unidad responsable.

Firma Director Unidad responsable.

Fecha: