

ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

DENTURE STOMATITIS: APROPOS OF A CASE

Marco Antonio Rocafuerte-Acurio ^{1,a}, Zoila Refulio-Zelada ^{2,b}, Jorge Omar Huamani-Mamani ^{3,c}

RESUMEN

La estomatitis subprotésica (E.S.P.) es un proceso inflamatorio asociado a la utilización de prótesis dentales removibles, caracterizado por el enrojecimiento persistente del área de soporte de una prótesis removible. Es uno de los tipos de candidiasis más frecuentes de la cavidad oral. Su tratamiento se encamina a eliminar los factores causales, control microbiano, higienización y en dado caso, reemplazo de la prótesis por una nueva. A continuación se presenta un caso de un paciente masculino que presenta deficiente adaptación y lesiones a nivel de la mucosa bucal similares a una estomatitis subprotésica. Se instauró un tratamiento integral mejorando el estado de salud oral del paciente. KIRU. 2014;11(2):180-3.

Palabras clave: Estomatitis; prótesis dental; candidiasis. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Denture stomatitis (D.S.) is an inflammatory process associated with the use of removable dentures characterized by persistent redness in the support area of a removable prosthesis. It is one of the most common types of candidiasis of the oral cavity. The treatment is aimed at eliminating the causal factors, microbial control, sanitation and in some case replacement with a new prosthesis. Here is a case of a male patient with poor adaptation and lesions in the oral mucosa appears similar to a D.S. The treatment was established to improve his oral health status. KIRU. 2014;11(2):180-3.

Key Words: Stomatitis; dental prosthesis; candidiasis. (Source: MeSH NLM).

¹ Universidad Complutense de Madrid. España

² Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú

³ Universidad de Lille Francia.

^a Especialista en Medicina Oral.

^b Magister en Periodoncia.

^c Especialista en Cirugía Bucocomaxilofacial.

Correspondencia:

Marco Antonio Rocafuerte

Dirección: Calle Luis Aldana 155 Dpto. 301 Urb. Sta. Catalina. La Victoria. Teléfono: 943965568

Correo electrónico: ma_3101@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La candidiasis es la infección micótica más frecuente en la región bucal, descrita históricamente. Este hongo es parte de la flora normal de la cavidad bucal, pero frente a ciertos factores predisponentes (xerostomía, múltiples terapias con antibióticos, inmunosupresores, uso de prótesis, etc.) son capaces de desarrollarse y producir la infección; principalmente el género *Candida* y en especial *Candida albicans*. De estar clásicamente relacionada a la infancia y a la ancianidad, esta enfermedad ha pasado a ser una manifestación común en otros grupos de pacientes como los infectados por VIH, los sometidos a terapias inmunomoduladoras y antineoplásicas ⁽¹⁾.

La patogénesis de la candidiasis bucal es compleja e implica a diferentes factores y mecanismos de los hongos y del huésped. La posibilidad que la *Candida* colonice las superficies bucales depende tanto de la efectividad de los mecanismos defensivos del hospedador, como de la capacidad de adhesión del hongo y de su poder de crecimiento. El balance entre colonización y candidiasis depende de la capacidad de la *Candida* para modular la

expresión de los factores de virulencia en respuesta a los cambios ambientales, combinado con la competencia inmunológica del huésped unido a las pautas terapéuticas antifúngicas.

Una serie de condiciones ambientales pueden modificar el microambiente existente en la cavidad bucal, favoreciendo la colonización e infección por *Candida*. Las prótesis dentales removibles son un factor fundamental, ya que alteran las condiciones de la mucosa oral, producen lesiones por microtraumatismos, dificultan la llegada de anticuerpos salivales y determinan la aparición de un medio ácido anaerobio que favorece la propagación de los hongos ⁽²⁾.

La estomatitis subprotésica (E.S.P.) es un proceso inflamatorio asociado a la utilización de prótesis dentales removibles. Se caracteriza por un enrojecimiento persistente en el área de soporte de una prótesis removible, preferentemente palatina ⁽³⁾.

Si hablamos solo de portadores de prótesis, afecta al 67% ⁽⁴⁾ y al 34% en nuestro medio, según Del Pilar ⁽⁵⁾.

Hay una serie de factores predisponentes, como la falta de higiene oral, la edad (por reducción del flujo salival), diabetes, tabaco; etc. (Tabla 1) ⁽⁶⁾. El factor más relacionado con la E.S.P., es la presencia de especies de *Candida*, que se encuentra en la cavidad bucal en el 30-70% de casos. Esta proporción va en aumento en pacientes portadores de prótesis removibles y oscila desde el 35% hasta el 60-100%, según Darwazeh ⁽⁷⁾.

Las colonias de *Candida* debajo de los aparatos protésicos y en relación directa con la mucosa palatina, provocan que la misma cambie su aspecto clínico en tres grados fundamentales (clasificación de Newton): grado I, grado II y grado III (Tabla 2) ⁽⁸⁾.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en el reconocimiento de las lesiones. Generalmente el paciente no presenta sintomatología, en algunos casos una leve sensación de ardor o picazón. Es importante, la exploración minuciosa de la prótesis, comprobando su estado de limpieza, retención, apoyo y dimensión vertical. Para descartar algún proceso sistémico, se debe realizar una anamnesis adecuada, insistiendo en aquellos puntos relacionados con la etiología sistémica de la estomatitis, como enfermedades con depresión inmunitaria, medicamentos que produzcan igualmente disminución de la respuesta inflamatoria o inmunitaria o alteraciones nutricionales. La biopsia de la lesión es difícil de interpretar, y por ello, se prefiere la citología exfoliativa ⁽⁹⁾.

El tratamiento de la E.S.P. es variado, el más utilizado a través de los años, ha sido el de retirar la prótesis causante de la lesión por un periodo de tiempo que está en dependencia del grado de la lesión, vitaminoterapia, colutorios, antibióticos y funguicidas. La Nistatina por su actividad funguicida y antimicótica ha sido muy utilizada en el tratamiento de estas estomatitis, ejerciendo su acción sobre la membrana de algunos hongos susceptibles, produciendo la incapacidad de la membrana celular a funcionar como barrera selectiva, permitiendo

la pérdida de constituyentes celulares esenciales en la *Candida albicans* ⁽¹⁰⁾.

También se emplean otros fármacos como Miconazol, Fluconazol, Itraconazol que actúan como antifúngicos ante la *Candida albicans* y técnicas para la higienización de la prótesis mediante el uso de ozono. En los estados más graves de la enfermedad donde hay proliferación de tejidos casi siempre se requiere de técnicas quirúrgicas con electro cirugía, criocirugía y mucoabrasión ⁽¹¹⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino de 55 años de edad acudió a la consulta manifestando sensación de ardor a nivel de la zona palatina, no refiere ningún antecedente médico de interés, no toma ningún medicamento. American Society of Anesthesiologist (ASA) tipo I. Su régimen de higiene oral es de una vez al día con cepillo manual de cerdas gruesas. El paciente era portador de una prótesis parcial removible a la vez que manifestó que no se la retiraba ni para dormir.

Al examen clínico los únicos dientes superiores que se encontraban en boca eran 1.2, 1.3 y 2.3. A nivel de los rebordes alveolares superiores se halló una mucosa eritematosa marcada definitivamente por la base metálica de la prótesis. En algunas zonas se encontró una mucosa hiperplásica (nivel distal de la de las piezas 1.3 y 2.3) (Figura 1). Al índice de higiene oral se obtuvo el resultado de 3%.

Se obtuvo una muestra de la zona de estudio, localizando la zona anterior y mediana del paladar y se frotó con una torunda estéril previamente humedecida con agua destilada, aplicando presión constante en la zona, manteniendo un íntimo contacto con la mucosa palatina.

La muestra obtenida, se transportó en un tubo estéril rotulado para ser estudiada y analizada en el laboratorio.

Tabla 1. Factores predisponentes de la estomatitis subprotésica

Factores irritativos:	Factores sistémicos:
Trauma.	Alteraciones nutricionales.
Uso nocturno de la prótesis	Déficit de hierro y vitamina B12
Prótesis desadaptadas	Enfermedades sistémicas no controladas (diabetes)
Reacción alérgica a un componente de la prótesis	Disminución de la respuesta inmune.
Mala higiene bucal	Antibióticos de amplio espectro
Factores infecciosos:	Inmunosupresión
Candidiasis	Xerostomía
Infecciones bacterianas	Tabaquismo y alcohol

Tabla 2. Clasificación de la estomatitis subprotésica (Newton)

Grado I: Punteado rojizo.
Grado II: Eritema difuso.
Grado III: Mucosa granular e hiperplasia papilar no neoplásica. En este grado la mucosa asemeja a un empedrado de pequeños nódulos, los cuales no desaparecen una vez eliminada la <i>Candida</i> .



Figura 1. Lesión eritematosa que sigue el diseño de la base metálica de la PPR

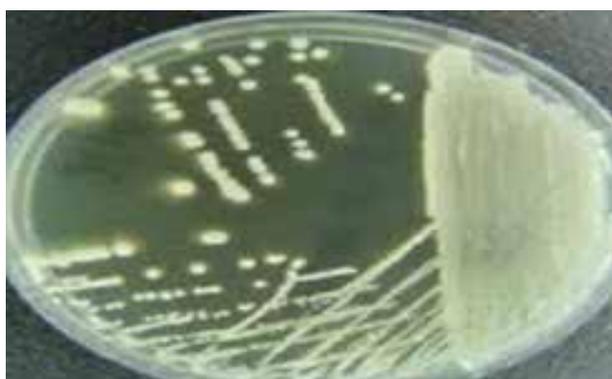


Figura 2. Cultivo para *Candida albicans*



Figura 3. A los 5 días del tratamiento local y sistémico

rio. Las muestras fueron sembradas directamente en un medio CHROMagar Cándida contenido en placas Petri. Las placas fueron incubadas a 37°C por 48 horas en condiciones de aerobiosis. Se identificó la presencia o ausencia de crecimiento levaduriforme, donde las colonias de *Candida albicans* crecieron de un color verdoso característico. (Figura 2).

Una vez obtenido el resultado de laboratorio sumado a la inspección clínica se llegó al diagnóstico definitivo de candida asociada al uso de prótesis grado 3.

Como tratamiento en primer lugar se suprimió los irritantes, se le aconsejó al paciente que deje de usar su prótesis, así como la supresión de alimentos demasiado calientes, ácidos y picantes.

Se realizó un raspaje y alisado radicular de las piezas presentes en boca, se le dio instrucciones de higiene bucal y se le recomendó usar un cepillo manual de cerdas suaves así como enjuagatorios con clorhexidina al 0.2% dos veces al día. La prótesis debió ser colocada en una solución de hipoclorito sódico diluido (5-10 %) durante la noche después de haberla cepillado enérgicamente.

Se le recetó fluconazol en tabletas 50 mg cada 24 horas por 14 días. Se realizó un control a los 5, 7 y 14 días, observándose una evolución favorable (Figura 3).

DISCUSIÓN

El término de E.S.P es usado para describir cambios patológicos en la mucosa bucal en el área de soporte de la dentadura. Estos cambios se caracterizan por la presencia de un eritema en los tejidos, siendo comúnmente encontrada en el maxilar superior y raramente en el inferior. La mucosa inflamada y enrojecida está muchas veces limitada a los tejidos en contacto directo con la dentadura. La mucosa bucal inflamada y lisa puede estar asociada con una sensación de quemadura, ardor o de prurito ⁽¹²⁾.

Existen suficientes evidencias para poder establecer la relación que existe entre la placa dental y la E.S.P. Esto está ampliamente soportado por estudios clínicos y epidemiológicos que demuestran la correlación entre los índices de placa dental y la presencia y severidad de esta patología ⁽¹³⁾.

Linossier y Cols., encontraron asociación entre la candida y las bacterias de la cavidad bucal, concluyendo que existe un sinergismo patogénico entre estos microorganismos, que pueden manifestarse de forma local o sistémica, dependiendo del estado inmunitario del paciente afectado ⁽¹⁴⁾.

La presencia de *Candida albicans* podría ser considerada como el factor principal en la aparición de E.S.P. El hongo se localiza en el borde y preferiblemente sobre la superficie de la placa microbiana de la prótesis, y la lesión será el resultado de la producción de toxinas extremadamente irritantes ⁽¹⁵⁾.

La mayoría de los estudios han demostrado la presencia de diversas especies de Cándida en altas proporciones en pacientes con E.S.P. Sin embargo en un estudio realizado por Nápoles se encontró que no todos los pacientes con E.S.P. presentaron *Candida albicans*. Los grados II y III de E.S.P. estuvieron significativamente relacionados con la presencia de *Candida albicans* ⁽¹⁶⁾.

En cuanto al tratamiento es conveniente señalar que la medida preventiva más importante es evitar la interferencia con el equilibrio de la flora microbiana y las defensas del huésped. Se debe siempre investigar si existen factores predisponentes generales o locales y actuar sobre ellos en lo posible.

Davenport, realizó un estudio donde tomó muestras tanto del paladar como de la prótesis en 50 pacientes con E.S.P. El encontró abundancia de *Cándida* en todas las muestras. La mayor proporción de células de *Cándida* fueron vistas sobre las muestras de las dentaduras que sobre las de mucosa. Esto sugiere que el tratamiento intentado para reducir la cantidad de *Cándida* presente, debería estar dirigido tanto a la mucosa afectada como a la dentadura ⁽¹⁷⁾.

Otra medida terapéutica son los enjuagatorios con clorhexidina. Pizzo, evaluó el efecto de 3 enjuagatorios bucales (clorhexidina 0.2%, cloruro de cetilpiridinio 0.05% y triclosan 0.045%) sobre la adhesión de la *Candida albicans* a las células del epitelio de la mucosa bucal. Al comparar sus efectos observaron que hubo una reducción estadísticamente significativa en la adhesión de esta en los pacientes quienes se le recetó clorhexidina al 0.2% ⁽¹⁸⁾.

En un estudio, donde se empleó una solución de Clorhexidina al 2% como desinfectante de la prótesis dental, se observó mejoría de la inflamación de los tejidos subyacentes y ésta fue asociada con la eliminación del hongo tanto de la mucosa como de la dentadura. En este estudio se concluye que el Gluconato de Clorhexidina, es una alternativa apropiada para el tratamiento de la prótesis en pacientes con E.S.P. Sin embargo, es importante señalar que aunque la Clorhexidina es biológicamente aceptable para hacer enjuagues bucales, debería emplearse principalmente como un desinfectante de la dentadura ⁽¹⁹⁾.

En cuanto al tratamiento sistémico, este debe ser instaurado siempre y cuando: no consigamos controlar las lesiones con tratamientos tópicos. Sin embargo en nuestro medio no existen fármacos de aplicación local para tratar este tipo de lesiones.

Cross y Cols, comparó *in vivo* el Fluconazol como tratamiento de pacientes con E.S.P., resultando ser eficaz reduciendo el eritema palatino y la presencia de levaduras en el paladar ⁽²⁰⁾. En una investigación realizada por Quindós G. *et al.*, en 115 pacientes con E.S.P., se encontró que solo un 3,2% de las cepas de *Candida albicans* aisladas fueron resistentes a Fluconazol *in vivo* ⁽²¹⁾.

CONCLUSIONES

La ESP debe ser considerada como un signo, porque manifestarse clínicamente debe existir un cambio local o enfermedad sistémica subyacente. El diagnóstico clínico debe ser confirmado con frotis y/o biopsia. El tratamiento para la infección debe basarse en el control de los factores predisponentes y el uso de antimicóticos sistémicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smitha Byadarahally R., Shashanka Rajappa. Isolation and Identification of *Candida* from the Oral Cavity. ISRN Dentistry 2011: 1-7.

2. Williams D, Lewis M. Pathogenesis and treatment of oral candidosis. Journal of Oral Microbiology 2011, 3: 1-11.
3. Francisco Local A, González Beriau Y, Sexto Delgado N, Vázquez de León AG. Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. MediSur 2009; 7(1): 23-27.
4. Pires FR, Santos EB, Bonan PR, De Almeida OP, López Ma. Denture stomatitis and salivary candida in Brazilian edentulous patients. J Oral Rehabil 2002; 29(11): 1115-9.
5. Del Pilar C, Bernal L. Estado de conservación de las prótesis y la presencia de lesiones en mucosas en pacientes portadores de prótesis parcial removible. Revista Kiru 2010; 7 (1): 9 -12.
6. Aguirre Urizar José. Candidiasis orales. Rev Iberoam Micol 2002; 19: 17-21.
7. Darwazeh AM, Al-Refai S, Al-Mojaiwel S. Isolation of *Candida* species from the oral cavity and fingertips of complete denture wearers. J Prosthet Dent 2001;86:420-3.
8. Marquez Caspitran H. et al. Brazilian Green Propolis Compared to Miconazole Gel in the Treatment of *Candida*-Associated Denture Stomatitis. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2013: 1-6.
9. Brevis A., Cancino M. Estomatitis Subprótesis: Estudio Clínico y Microbiológico de *Candida*. Int. J. Odontostomat 2008; 2(1):101-108.
10. Barata Caballero D., Durán Porto A. Estomatitis Protésica. Aspectos clínicos y tratamiento. Prof. dent 2002; 5(10): 622-27.
11. Ley Sifontes L, Silva Martínez Y, Martín Reyes O, Paz Latorre EI, Landrián Díaz C. Eficacia del aceite de girasol ozonizado en el tratamiento de la estomatitis subprótesis grado I y II. Archivo Médico de Camagüey 2008 ; 12(3): 1-9.
12. Budtz-Jorgensen E. Ecology of *Candida*-associated Denture Stomatitis. Microbial Ecology in Health and Disease 2000; 12: 170-185
13. Salerno, C.; Pascale, M.; Contaldo, M.; Esposito, V.; Busciolano, M.; Milillo, L.; et al. *Candida*-associated denture stomatitis. Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. 2011; 16(2):139-43.
14. LinossierA., Vargas A. Relación cuantitativa entre el nivel de *Streptococcus mutans* y *Candida albicans* en niños con síndrome de Down. Medicina Oral 2002; 7(4): 284-92.
15. De La Rosa-García E, Vera F, Espinosa L, Mondragón A. Factores de riesgo para candidosis asociada a prótesis bucal. Revista ADM. 2012;69(6):266-270.
16. Nápoles González I, Díaz Gómez S, Puig Capote E, Casanova Rivero Y. Prevalencia de la estomatitis subprótesis. AMC. 2009 ; 13(1).
17. Davenport J. The Oral Distribution of *Candida* in Denture Stomatitis. Brit Dent J 1970; 129: 151-156.
18. Pizzo G. Effect of antimicrobial mouthrinses on the *in vitro* adhesion of *Candida albicans* to human buccal epithelial cells. Clin Oral Invest 2001; 5: 172-76.
19. Budtz-jorgensen E. Etiology, pathogenesis, therapy and prophylaxis of oral yeasts infections. Acta Odontol Scand 1990; 48: 61-69.
20. Cross LJ, Bagg J, Wray D, Aitchison T. A comparison of fluconazole and itraconazole in the management of denture stomatitis: a pilot study. Journal of dentistry. 1998;26 (8):657-64.
21. Quindós G. et al. *In-vitro* activity of 5-fluorocytosine against 1,021 Spanish clinical isolates of *Candida*.

Recibido: 11 de octubre de 2014

Aceptado para publicación: 05 de diciembre de 2014

Citar como: Marco Antonio Rocafuerte-Acurio, Zoila Refulio-Zelada, Jorge Omar Huamani-Mamani Estomatitis subprótesis: a propósito de un caso clínico. KIRU.2014;11(2):180-3.