

Artículo original

**TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS EN ATLETAS Y EX
ATLETAS CON PROPOMIEL Y NISTATINA
TREATMENT OF SUBPROTHESIS STOMATITIS IN ATHLETES AND
EXATHLETES WITH PROPOMIEL AND NISTATINE**

Raquel Plana- Domínguez¹, Mayda Perurena-Lancha¹

1Departamento de Estomatología, Instituto de Medicina del Deporte

RESUMEN

Se efectuó un estudio prospectivo comparativo, en el período comprendido entre septiembre del 2010, y septiembre del 2011 en el Servicio de Estomatología del Instituto de Medicina del Deporte, debido al incremento de incidencias en estomatitis subprótesis lo cual constituye un problema nacional e internacional de salud bucal. Se incluyeron en el estudio los atletas y ex -atletas que aceptaron ser tratados solamente con la técnica de Propomiel. Se escogió una muestra al azar de 60 pacientes, de ambos sexos, que presentaron Estomatitis Subprótesis Grado II, mayores de 23 años. La muestra se dividió en dos grupos iguales, el Grupo A fue tratado con Propomiel al 52 %, y el Grupo B fue el Control que se trató con medicina alopática consistente en Nistatina en suspensión. Se compararon ambos procedimientos terapéuticos. Se evolucionaron al inicio y final del tratamiento, y se evaluó la existencia o no de la lesión, la efectividad terapéutica fue de un 96%. Para el análisis estadístico de los datos y comparación del grado de mejoría se utilizó la prueba de Chi cuadrado(X^2), en forma tabulada. Se observó un predominio del grupo etario entre 50 y 59 años del sexo femenino con predominio de la Candida Albicans. Los mejores resultados se obtuvieron en el grupo de pacientes tratados con propomiel. El objetivo de la presente investigación fue comparar el proceder terapéutico de la aplicación de propomiel al 52% con la terapéutica occidental farmacológica en la Estomatitis Subprótesis.

Palabras Claves: Estomatitis Subprótesis, Propomiel, Medicina tradicional y natural

ABSTRACT

A prospective comparative study was developed during the period understood among September of the 2010 and September 2011 at the Service of Sports Stomatology in the Institute of Sport Medicine, due to the increment in the incidence of subprotheses stomatitis in a events concerning not only the

Correspondencia: Raquel Plana Domínguez,

Departamento de Estomatología,

Instituto de Medicina del Deporte, avlopez43@inder.cu

Calle 10 esquina 100. Embil, La Habana, Cuba

Recibido: 2 de Junio 2011

Aceptado: 2 Septiembre 2011

investigation was to compare the therapeutic action of propomiel's application to the 52 % with occidental pharmacologic therapeutics in subprotheses stomatitis. In the study were included active athletes as well as former ones, which accepted being treated only with Propomiel's technique. A 60 patients's sample was chosen of both sexes, that they presented subprotheses stomatitis of Grade II, elders of 23 years. The samples was divided into two equal groups, the Group To he was 52 % concentration Propomiel, and the Group the B was the Control that was treated with allopathic medicine consisting of Nistatine. Both therapeutic procedures were compared . They evolved to the start and ending of the treatment, and the existence was evaluated or no of the lesion, the therapeutic effectiveness of a 96 %. For the statistical analysis of data and comparison of the grade of improvement utilized squared Chi's test (X^2), in tabulated form. The etarian group belonging to 50 and 59 years in the female sex. A predominance of the Candida Albicans was already observed among the groups. The most favorable obtained results were found in patients's group treated with propomiel.

Key words: Subprotheses stomatitis, Propomiel, Traditional and natural Medicine

INTRODUCCIÓN

La estomatitis subprótesis tiene predisposición en convertirse en una condición premaligna. Las lesiones inflamatorias de la mucosa del paladar asociadas al uso de prótesis dentales removibles, son trastornos que por su alta prevalencia resultan cada vez más preocupantes para los profesionales encargados de preservar la salud bucal de la comunidad, ya que además de los problemas propios de la enfermedad en su terapéutica, debe contemplarse el reemplazo de las dentaduras y por consiguiente la planificación y empleo de recursos adicionales [1].

Gran parte de la población que habita en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo es edente total o parcial y es portador al menos de una prótesis

parcial removible, lo que predispone a la aparición de estomatitis subprótesis [2].

Dado el gran nivel de desarrollo que va adquiriendo nuestro país en los servicios de salud y dentro de ellos la estomatología, se impone el estudio en todas las direcciones que esta especialidad requiere.

La cavidad bucal es de hecho la entrada al organismo de la mayoría de los requerimientos para mantener la vida, por lo que cualquier lesión o estado patológico de alguna zona de ella nos altera en nuestra fisiología provocando en ocasiones, situaciones difíciles de resolver, por las funciones múltiples que tiene en la vida del hombre merece la atención médica más cuidadosa, tanto en la prevención, como en la detención precoz de cualquier afección, para disfrutar de un alto grado de salud general, es necesario también la salud bucal [3].

La estomatitis subprótesis es el término generalmente utilizado para describir los cambios inflamatorios en la mucosa cubierta por la prótesis. Esta lesión también es llamada Denture Sure Mouth, Denture Stomatitis, boca adolorida, estomatitis protética, papilomatosis, hiperplasia papilar pseudoepitelematosa, la cual se localiza habitualmente en el paladar duro o rara vez en la mandíbula de los pacientes portadores de prótesis muco soportada y se caracteriza por una proliferación fibroepitelial. [4,5, 6].

Desde la antigüedad se reportan casos de estomatitis, con la medicina moderna y la aparición de prótesis dental es que aparece la estomatitis subprótesis.

En un estudio realizado en Cuba, esta enfermedad se presentó con una frecuencia de 46,1%, cifra que coincide con la encontrada en países desarrollados como Japón, Bélgica, Finlandia e Inglaterra [6,7]. También este estudio cubano evidenció el predominio del sexo femenino coincidiendo con los reportados en otros países.

Se han señalado diversos factores etiológicos como desencadenantes, pero la causa exacta aún se desconoce. En un inicio fue considerada como alergia a los materiales de base de la prótesis posteriormente Nyquist, Love y Butz Jorgesen señalaron que los factores traumáticos fundamentalmente los ocasionados por la prótesis desajustada tales como la falta de estabilidad, oclusión céntrica traumatizante, articulación no balanceada, entre otras, eran los elementos desencadenantes de esta lesión [7,8].

La alergia a los materiales de base constituye menos de la mitad del 1% de los casos encontrados. En estudios posteriores realizados sobre materiales de acrílico se encontraron las porosidades microscópicas de este material así como grietas que propician el crecimiento y desarrollo del hongo levaduriforme cuando la higiene bucal y protética es deficiente, pues el ácido formado durante los procesos fermentativos irritan la mucosa y además penetra en las porosidades y grietas del acrílico [8,9]. Realmente en acrílicos adecuadamente curados difícilmente llegue a producir alteraciones de la mucosa, por lo que las reacciones son muy remotas y raras [9].

La infección crónica también se considera un factor importante en la etiología de la enfermedad. *Cándida albicans* es un hongo oportunista normal de la flora bucal, que se transforma en patógena cuando ocurren trastornos en la hemostasia del huésped y cuya virulencia es exacerbada por una higiene bucal deficiente, tiempo y hábito de uso, desajuste del aparato protésico con su consecuente bloqueo mecánico de los conductos excretores de las glándulas salivales palatinas y acidez del pH salival. Reportándose un índice elevado de *cándida albicans* tanto como en las superficies internas de las prótesis como en las áreas de las lesiones [10,11,12].

La mayoría de los pacientes desconocen la existencia de la lesión durante mucho tiempo, es por lo general asintomático aunque puede estar presentasen algunas ocasiones síntomas entre los cuales podemos citar ardor, calor, edema, sabor metálico, dolor y halitosis [9,13].

Ante examen clínico la estomatitis subprótesis se caracteriza por una lesión eritematosa que dibuja el contorno de la base protética. Su aspecto clínico varía, es por esta razón que Newton propone una clasificación de la enfermedad al basarse fundamentalmente en el color, aspecto de la mucosa, en la que puede variar la gravedad inflamatoria e incorporarse cambios proliferativos en su etapa más avanzada y llegar a convertirse en una lesión premaligna [4,14,15].

La estomatitis subprótesis es una afección frecuente en los pacientes que utilizan prótesis dental de acrílico removible total y parcial, puede definirse como

una inflamación de la mucosa de soporte que esta en contacto con la superficie interna de la prótesis siendo esta más frecuente en el maxilar superior [13,16].

En el 2010, fueron vistos en la consulta de estomatología del Instituto de Medicina del Deporte 100 pacientes ex-atletas y atletas con prótesis dental acrílica removible total y parcial, de las cuales el 80% presentaban dicha afección. Varios autores reportan experiencias positivas con el uso del propóleo y la miel [17,18, 19].

La aparición de este producto alternativo puede acortar el tiempo de tratamiento, para eliminar la afección. Con esta investigación probamos los resultados, de este medicamento natural en la aplicación de la estomatitis subprótesis.

Dicha investigación se realizó con atletas y ex-atletas de alto rendimiento, portadores de prótesis removible, que acudieron a la consulta de estomatología del Instituto de Medicina del Deporte en un periodo comprendido septiembre del 2010 hasta septiembre del 2011.

Escogimos los ex-atletas y atletas mayores de 23 años que acuden a la consulta de estomatología de medicina del deporte, que tienen prótesis dental acrílica removible total y parcial, presentando lesiones de estomatitis grado II.

Desde que se instala una prótesis se puede diferir, partiendo de la fundamentación científica de que tales tejidos no fueron creados para recibir dichos aparatos y menos resistir la agresión que ellos provoca

Al microscopio se ha observado una cronificación progresiva del epitelio concentración de células, de infiltración de carácter linfático en el tejido conjuntivo subepitelial y alteraciones inflamatorias. La cronificación se atribuye al resultado de una presión aumentada por parte de la prótesis sobre la mucosa y la reacción inflamatoria, como consecuencia de una presión excesiva, no adecuada ejercida sobre ella, sin embargo debe contarse con la posibilidad de que también las irritaciones sean debidas a la naturaleza del material utilizado [20];[21]. Dentro del grupo denominado trauma protésico, podemos incluir los hábitos incorrectos de utilización de la prótesis por parte del paciente.

El uso continuo de la prótesis favorece la estomatitis subprótesis, por varios motivos, por una parte provocan los incrementos de las lesiones locales y por otro lado aumenta el tiempo de exposición de la mucosa a la placa de la dentadura. Esta afección no es más que el termino general, utilizado para describir los cambios inflamatorios, en la mucosa cubierta por la prótesis, prevaleciente, en la mucosa palatina se informan valores entre 30 y 60 % predominando más el sexo femenino ya que la mujer presume más, y en aquellos pacientes que presentan el hábito de dormir con la prótesis. Debemos aclarar que es una de las alteraciones benignas que más se diagnostica, pero que si no se atiende puede llegar a convertirse en pre maligna [22, 23].

Los pacientes pueden presentar síntomas señalándose entre estos inflamación de mucosa, sangramiento, sensación de quemazón, dolor, mal gusto, halitosis y algunas ocasiones pacientes con inestabilidad psíquica y tendencia a

posiciones hipocondríacas, el motivo fundamental de consulta puede ser “cancerófilia” y en otras ocasiones son asintomático [24].

Otro factor es el estrés que provoca que el paciente, descuida la higiene bucal, aumentando la acción de la placa micótica, sobre los tejidos, incidiendo en su incremento el hábito de fumar, rechinar de los dientes, agravan la patología y otras causas sobreañadidas el efecto negativo de otros factores como son el hábito de ingerir alimentos calientes, que va a hacer una acción mantenida del calor, alcohol y alimentos picantes. También se ha comprobado que a medida que aumenta el tiempo de uso de la prótesis el ajuste disminuye, deteriorándose gradualmente la utilidad de la misma, debido a cambios en la dimensión y forma de los tejidos que la soportan y agregan que el desajuste trae como consecuencia, la aparición de irritación en los tejidos blandos proporcionando la posibilidad, de infección por hongos como la *Candida albicans* [25].

Se ha observado el incremento de la frecuencia y densidad de *Candida albicans* en la superficie de asiento de la prótesis, en pacientes que la utilizan noche y día, es por ello que muchos investigadores le confieren gran importancia al tiempo de uso diario y recomiendan un receso del mismo entre 6 y 8 horas al día [26].

La deficiente higiene ha sido considerada como un factor etiológico importante por la placa bacteriana que se forma en la superficie interna, de la prótesis que no solo esta dado a una mala higiene, sino también a las limitaciones que en

muchas ocasiones ofrece el propio material de base. También existen factores dietéticos, la ingesta elevada de carbohidratos ya que los hidratos de carbono son un excelente caldo de cultivo, para la proliferación de los microorganismos de la placa bacteriana [27, 28].

Se realizaron la determinación del examen clínico según criterios planteados por Moreira y Bernal [29].

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

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

Grado III (inflamación granular) lesión más definida compuesta por una mucosa gruesa con gránulos irregulares, que se elevan superficialmente semejando formas papilares.

El propóleo es una sustancia resinosa de color pardo rojizo o amarillo verdoso, producido por las abejas a partir de la resina vegetal y que tiende a oscurecerse. Este polímero balsámico resinoso de las abejas, contiene fundamentalmente ceras y aceites especiales y es una sustancia muy compleja, soluble en alcohol y solventes tales como éter, acetona, benceno, tricloroetileno y otros. Dentro de sus propiedades se encuentran cicatrizante, antiinflamatorio,

antiséptico, analgésico, anestésico local, disminuye el edema, Bacteriostático y bactericida, antifúngico sobre la candida albicans, además de su capacidad de antioxidante. Este medicamento natural es de fácil tolerar, alto valor nutritivo rico en proteínas de lato valor biológico complejo vitamínico B y fuente de K [30, 31].

La miel natural de abeja es considerada según su origen botánico como poliflora, es antimicrobiano, regenerador tisular, antiséptico).Teniendo en cuenta todo lo antes planteado, nos hemos trazado como objetivo fundamental demostrar, que este producto natural es mas efectivo en la estomatitis subprótesis que los medicamentos convencionales, en este caso es, la nistatina por vía oral en suspensión, tratamiento de enjuagatorios medicamento fungistático y fungicida su acción inhibir el crecimiento de levaduras y hongos patógenos y no patógenos entre la que tenemos la candida albicans, en la superficie mucosa de la prótesis, en la bóveda palatina. Esta tiene el inconveniente del sabor desagradable provocando nauseas, vómitos y diarreas leves transitorias [32]. Esta ejerce su acción sobre la membrana de algunos hongos susceptibles produciendo la incapacidad de la membrana celular a funcionar como barrera selectiva, permitiendo la perdida de constituyentes celulares esenciales en la cándida albicans [33].

Es nuestro propósito con esta investigación lograr una valiosa estrategia en la cura de enfermedades inflamatorias e infecciones de la mucosa bucal, entre

ellas la estomatitis subprótesis, donde en este estudio nos propusimos evaluar el propomiel al 52%, con respecto al tratamiento convencional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño Metodológico:

Se realizó un estudio prospectivo-comparativo, de la Estomatitis Subprótesis realizado en el Instituto de Medicina del Deporte en Ciudad Habana, Cuba, en el período comprendido de Septiembre del 2010 a Septiembre del 2011. Con el fin de determinar el comportamiento de la lesión, estomatitis subprótesis tratada con propomiel al 52 % en relación a los resultados obtenidos con tratamientos convencionales de Nistatina en suspensión. Los pacientes fueron atendidos en el Departamento de Estomatología, que cuenta con todo el arsenal terapéutico. El Universo de estudio estuvo constituido por 100 pacientes. La muestra de estudio consistió en 60 pacientes escogidos al azar.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Estomatitis Subprótesis grado II.
- Pacientes que estuvieron de acuerdo con recibir tratamiento solamente con Propomiel.
- Pacientes de más de 23 años.
- Que sean ex atletas y atletas de alto rendimiento.
- Que tengan prótesis removibles de acrílico total o parcial.

Criterios de Exclusión:

- Los que utilizaron algún tipo de medicamento farmacológico.
- Pacientes menores de 22 años.
- No aceptación del paciente a participar en el estudio.
- Presentar trastornos psiquiátricos que le impiden la colaboración.
- Presentar prótesis removibles metálica.
- Pacientes con lesiones malignas en la cavidad bucal y los que presentan estomatitis subprótesis grado III y grado I.

Criterios de Evolución:

Se consideró una evolución satisfactoria cuando a partir de la aplicación de este medicamento natural, las lesiones desaparecen en 8 sesiones (aplicación dos veces al día). Y no satisfactoria cuando a los 9 días no ha desaparecido la lesión. En ambos grupos.

Mejorado: Aquel paciente que se evidencie una mejoría de las lesiones a pesar de no haber desaparecido.

La información se revisa y procesa empleando los programas de procesador de datos Microsoft Access y Excel, se realizará la distribución de frecuencia y los porcentajes como medida de resumen.

Los datos fueron extraídos de la historia clínica individual que incluye el análisis con el espejo bucal, pinza de algodón, explorador, y aplicadores estéril utilizando la luz artificial y la natural (Figura.1), el Modelo de consentimiento

informado, Historia convencional de estomatología, Planilla de recogida de datos primarios, las cuales serán las fuentes primarias de obtención de datos. Los resultados se presentaron en cuadros y gráficas, además se utilizó el método de por ciento.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados se analizaron y discutieron los resultados obtenidos y logramos integrar y sintetizar los aspectos abordados de tal manera que se elaboraron las conclusiones de la investigación realizada.

Nos auxiliamos del Modelo de Consentimiento Informado, del Modelo de Historia Convencional de Estomatología, Planilla de recolección de datos primarios.

Se les realizó una evaluación según la clasificación establecida para la estomatitis subprótesis según criterios planteados por Moreira y Bernal al inicio y al final a ambos grupos para evaluar la mejoría, empeoramiento o mantenimiento de la lesión y comparando de esta forma los dos grupos de terapéuticas tan diferentes.

De un universo de 100 pacientes dispensarizados como Estomatitis Subprótesis, escogimos una muestra al azar de 60 pacientes, que dividimos en 2 grupos de 30 casos cada uno.

El Grupo (A) Grupo estudio: se sometió a un tratamiento de dos aplicaciones diarias durante 7 días con Propomiel al 52 %.

Para ello utilizamos aplicador de madera para hacerle una aplicación del propomiel por encima de la lesión, esperamos dos minutos y lo volvimos a

repetir, esperamos dos minutos más y lo volvimos a repetir, junto a esto embadurnamos la base de la prótesis que queda en contacto con la mucosa del paladar, pasados los 2 minutos le colocamos la prótesis al paciente. Fig. 2, 3

El Grupo (B) Grupo Control: Recibió tratamiento con medicina convencional, dígase Nistatina en suspensión (frasco.), en forma de colutorios, retuvieron en la cavidad bucal, durante 1 minuto con una frecuencia de tres veces al día.

Los pacientes fueron evaluados clínicamente antes de comenzar el tratamiento y se les realizó un exudado bucal en la lesión y al 3^{er} día, 5^{to} día y 8 días se evaluaban clínicamente.

Selección de las variables

Las variables consideradas en el estudio, fueron las siguientes: Edad, Sexo, Tipo de prótesis, Hábitos nocivos, Número de aplicaciones, Especies de levaduras y Evolución clínica según Respuesta al tratamiento.

El análisis estadístico se basó en técnicas de estadística descriptiva, empleándose como medidas de resumen los porcentajes para las Cualitativas.

Con la información obtenida se confeccionó una base de datos empleando una PC Pentium IV, con el programa de Windows X P. Los Textos se pasaron con Microsoft Word 2003 y las tablas se realizaron con Microsoft Office Excel 2003 lo que permitió su posterior procesamiento y análisis.

Los datos se presentaron en síntesis de análisis de contenidos y tablas, donde se resumió la información procesada, con el fin de dar respuesta a cada

objetivo planteado, realizándose la discusión, lo que nos permitió a través del proceso de síntesis y generalización, arribar a conclusiones y elaborar recomendaciones.

Se establecieron comparaciones entre los resultados de los tratamientos en cuanto a la proporción de éxitos y otras variables a controlar.

Procesamiento Estadístico:

Para el análisis de asociación se realizó la prueba de Chi-cuadrado y se agrupó la categoría Evolución Clínica según Respuesta al tratamiento.

Se estimó la razón de ventajas puntual y por intervalo al 95 % de confiabilidad para la variable Evolución clínica según Respuesta al tratamiento dado que se encontró asociación significativa.

Para las pruebas de Hipótesis se consideraron resultados significativos cuando la probabilidad de error obtenida fue menor que la prefijada ($p = 0,05$).

Para establecer diferencias significativas de la Evolución clínica según Respuesta al tratamiento se realizó la prueba de comparación de proporciones (Chi- cuadrado) tanto para la terapéutica Occidental, como para la Tradicional.

El análisis estadístico se realizó una vez recolectados los datos que fueron resumidos a través de porcentajes como medidas de resumen cualitativo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Podemos observar que en la distribución de la estomatitis subprótesis según el sexo, predominó el femenino, con un total de 42 pacientes. Para un 70%, **(Gráfico 1)**, lo cual se corresponde con lo que plantean, clásicos como, Bernal Balaez, Moreira Díaz [7], Shout, J.C. [9], y Newton [4]. Consideramos que nuestra diferencia se explica por el hecho que son las pacientes del sexo femenino las que más acuden a consulta de estomatología, presentan una mayor preocupación por su estética y exigen más la rehabilitación protética por lo que acuden más a la consulta estomatológica, que el sexo masculino por lo tanto están más expuesta al examen bucal y por consiguiente a detectarse la afección con más posibilidad que el sexo masculino.

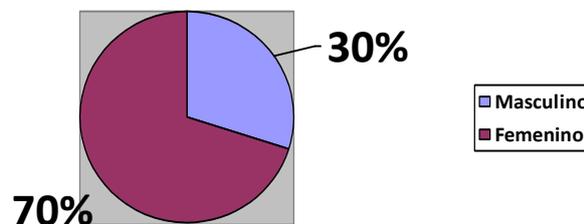


Gráfico 1. Distribución de la incidencia de estomatitis subprótesis según el sexo.

Em el gráfico1. 1 se establecen las relaciones de los grupos con respecto a la edad, donde la mayor cantidad de pacientes portadores de la enfermedad se encontraron, en los grupos de 50 a 59 años de edades con un 36,66 por ciento, en el grupo estudio y en el, de control se encontraron mayor cantidad de

pacientes en los grupos de 40 a 49 años de edades y de 50 a 59 donde se obtuvo el 40 por ciento ,manteniendo

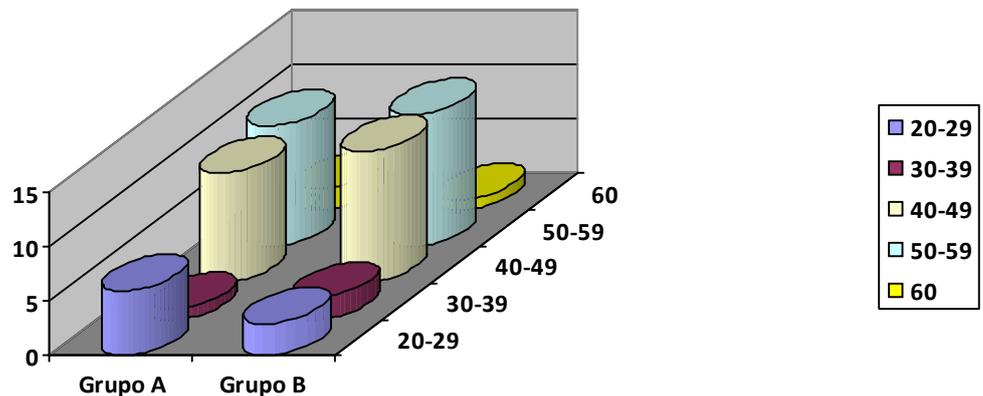


Gráfico1. 1. DISTRIBUCION DE GRUPOS SEGÚN LA EDAD

El mismo en los dos cifra que coincide con estudios realizados por autores como Araujo [5], Bernal Balaez A. [7] Y Silva [13], que advierten que no existe límites de edad por contraer la enfermedad pero se a observado que se presenta con más frecuencia en las décadas de 40 a 59 años de edades.

En la **(Tabla I)** observamos que de un total de 60 pacientes el 95% tenían más de 5 años de instalada la prótesis, según autores como Araujo Cisnero [5], Bernal Balaez A [7] y Carreira Piloto [26] no se debe tener más de cuatro años, ya que los tejidos sufren transformaciones y si añadimos no darle el reposo requerido a los tejidos de soporte, lo que constituye a que aparezca la lesión. La prótesis se va desajustando a medida que pasa el tiempo, por cambios en la

mucosa bucal y fuerza masticatoria que ejercen los tejidos. También puede existir una incorrecta instalación de la prótesis desde un inicio.

TABLA I. Tiempo de instalación de la prótesis.

	No. de Pacientes	%
Nuevo	0	0
1 mes A 1 año	1	1,67
1 a 3 años	0	0
3 a 5 años	2	3,33
más de 5 años	57	95,00
Total	60	100

n = 60 p<0,05

En la **Gráfica no2.1** observamos que en un total de(60 pacientes) atendidos con Estomatitis Subprótesis, el mayor porcentaje de pacientes afectados usaban prótesis parcial acrílica removible (43 pacientes) con un 71,6% cifra que nos diferencia de los pacientes que usaban prótesis total (17pacientes) con un 28,3%,Coincidiendo con autores Bernal Balaez [7], Silva [13], Carriera [26], que plantean que esta afección es más frecuente en pacientes con parcial acrílica removible ya que con frecuencia dejan de constituir aparatos fisiológicos y pasan a ser una agresión a los tejidos de la cavidad bucal unido al factor del

uso continuo de la misma, que en este tipo de prótesis es más recuente.

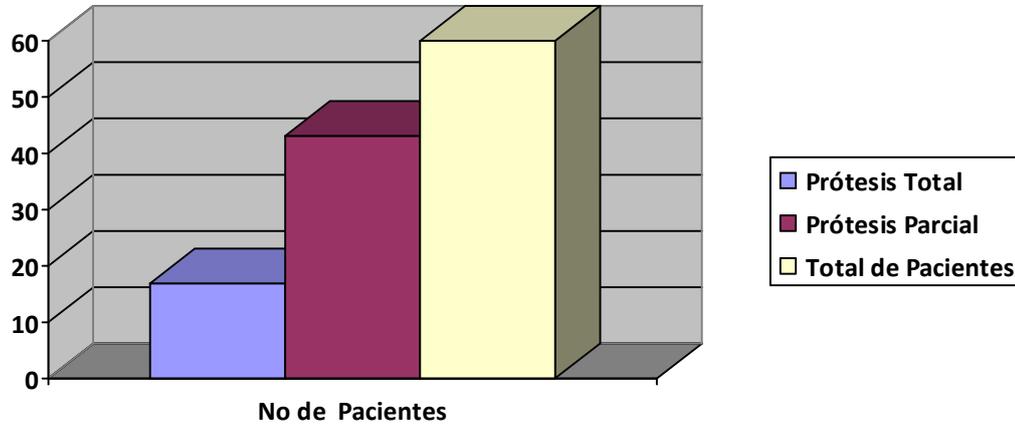


Gráfico2.1. *Tipos de Prótesis*

En la (Tabla II), Se Presentan los factores de riesgos más frecuentes, se observó que la frecuencia de la mala higiene bucal se encontró en (58 pacientes), con un 96,6%, y el uso continuo de la prótesis incidió en un 96,6%, (con 58 pacientes) también, le siguieron los factores que fueron detectados con menos frecuencias en los que se encontraron el hábito de fumar con un 66,6% en (40 pacientes) y por último el hábito de ingerir comidas calientes que fueron(25 pacientes) que resultó un 41,6 % .El riesgo de poseer estomatitis subprótesis aumenta cuando disminuye la higiene bucal y algunos factores locales son fundamentales para el desarrollo de la enfermedad confirmado por autores como Carreira [26], arendorf y Walter [56]. El riesgo de padecer estomatitis subprótesis aumenta cuando disminuye la higiene bucal y algunos factores locales son fundamentales para el desarrollo de la enfermedad.

El uso continuo de la prótesis aparece reportado en la literatura como uno de los hábitos más importantes relacionados con esta patología Newton [4]. La deficiente higiene bucal y, el uso continuo de la aparatología, constituyeron los principales factores de riesgos encontrados, que predisponen a la aparición y empeoramiento de esta afección.

TABLA II. Hábitos nocivos

Hábitos nocivos	Total de Pacientes	%
Fumadores	40	66,6
Mala higiene bucal	58	96,6
Uso continuo de la prótesis	58	96,6
Consumo de Alimentos Calientes	25	41,6
p<0,05		n = 60

Como se observa en la **(Tabla III)** se compararon los resultados para cultivos de levadura tomados desde la mucosa palatina entre los pacientes con Estomatitis Subprótesis grado II. La Candidiasis cumple un rol fundamental en el desarrollo de la Estomatitis Subprótesis. Nuestros resultados determinaron la presencia de *Cándida albicans* en un 61,67 % que son 37 pacientes de las muestras).Otros factores que se han asociado a la presencia de *Cándida* son el uso nocturno de prótesis (Fenlon et al., 1998), 25 prótesis mal ajustadas con una incorrecta relación del maxilar y la mandíbula que pueden causar daño a los tejidos de soporte protésico, mala higiene que se considera un factor etiología local donde los componentes biológicos pueden actuar como factores irritantes (Carreira & Almagro, 2000) [26]. Esto se explica debido a que la *cándida albicans* es un hospedero habitual en la mucosa palatina. Arendorf & Walter (1987)[56] encontraron presencia de *Candida* en un 40% de las muestras tomadas desde paladares sanos. *C. albicans* fue la levadura mas comúnmente aislada desde la mucosa palatina en los pacientes con Estomatitis Subprótesis tipo II seguida de *C. tropicallis* que se presentó en (15 pacientes) con un 15%, y por último fue la *C. glabata* encontrada en bajo porcentaje solo en (8 pacientes) con un 13,3% todos estos resultados obtenidos de un total de 60 pacientes ex- atletas y atletas de alto rendimiento. Son numerosos los autores que señalan a *C. albicans* como la levadura mas frecuentemente aislada en pacientes con Estomatitis Subprótesis. Sato, Dorko [58, 57]. Esto tiene relación con la

capacidad de adherencia a través de Ligandos específicos que actúan sobre las células epiteliales de la mucosa palatina. King [59]

TABLA III. ESPECIES DE LEVADURAS

Especies de Levaduras	No Pacientes	%
Cándida Albicans	37	61,67
Cándida Tropicalis	15	25,00
Cándida Glabata	8	13,33
total	60	100,00

n = 60

p<0,05

En la (**Gráfico no 5**) comparamos la evolución clínica según respuesta al tratamiento, se compara la efectividad del propomiel medicamento tradicional con respecto al convencional que es la nistatina en suspensión. Teniendo en cuenta los criterios que se establecieron para satisfactorio, mejorado y no satisfactorio en pacientes atletas y ex- atletas que acudieron a la consulta de estomatología, con estomatitis grado II, se realizaron la determinación clínica según criterios planteados por Moreira y Bernal [29]. Fue mejorando la lesión a los 3 días en el tratamiento con propomiel al 52% según criterio de evolución del estudio, fue satisfactorio ya que desaparece las lesiones, a las 8 sesiones con aplicaciones 2 veces al día. Lo que no resultó satisfactorio en el grupo control con nistatina en suspensión se observa la mejoría a los 5 días y resultado satisfactorio, ya que desaparece la lesión a los 10 días. Con este estudio

observamos la efectividad del medicamento tradicional que se logra en un tiempo mas corto y con menos frecuencia de aplicaciones comparado al tratamiento convencional.

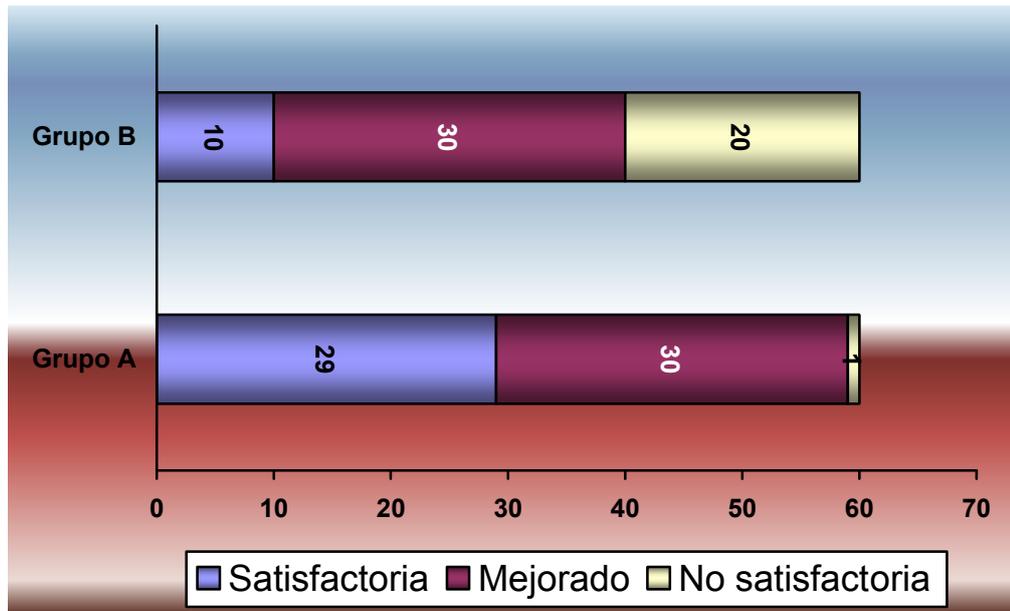


Gráfico 5. EVOLUCIÓN CLÍNICA SEGÚN RESPUESTA AL TRATAMIENTO

CONCLUSIONES

1. En este estudio predominó el sexo femenino.
2. El grupo etáreo entre 50 y 59 años.
3. La mayoría de los pacientes tuvieron la instalación de la prótesis con un tiempo de mas de 5 años fueron los más afectados.
4. El mayor número estuvo entre los pacientes que portaban prótesis parcial.

5. Dentro de los hábitos nocivos se destacaron la mala higiene bucal y el uso continuo de la prótesis.
6. El número de aplicaciones necesarias para la cura de la Estomatitis subprótesis fue de 7 días con 14 sesiones.
7. La levadura que predominó fue la *Cándida Albicans*.
8. Los mejores resultados se obtuvieron en los pacientes tratados con Propomiel.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Estomatol., 26(1-2):71-80, 1989. tients: a 1-year follow-up study. Scand J Dent Research. 90: 227
2. Espinosa I, Rojas R, Amanda W, Gemoral J. Prevalence of oral mucosal lesions in el derly in Santiago Chile. J Oral Pathol Med. 2003:5-571.
3. Aguirre, J. M. Candidiasis orales. Rev. Iberoam. Micol. 19:17-21,2002.
4. Newton AV. (1962) Denture sore mouth a possible aetiology. Br Dent J. 112: 357
5. Araujo Cisneros, D; estudio comparativo factor de crecimiento epidérmico en la estomatitis subprótesis, tesis para optar título de especialista primer grado en prótesis estomatológica, facultad de estomatología.2002
6. Castillo Alicia, tesis de especialista de primer grado en prótesis estomatológica, facultad de estomatología, 2002.
7. Bernal Balaez A; Moreira Díaz, E; -la respuesta inflamatoria celular en la estomatitis subprótesis; Rev. Cubana Estomatología 1990; 22 [2) 61-67.
8. Moreira Díaz; E y otros; estomatitis subprótesis. Estudio epidemiológico en 6302 pacientes portadores de prótesis dentales removibles. Rev. Cubana. Estomatología. 26 [1-2): 71-8-enero-junio.1989.
9. Shout, J, C- oral hygiene. Habits denture plagues presence if yeast and stomatitis in institutionalised elderly in totheon scotched community dent oral epidemiology. Vol 15_ 85-89- 19-87.
10. Pardi G, Cardozo de Pardi El. Algunas consideraciones de la estomatitis subprotésica de origen infeccioso. Acta Odontol Venez 2002; 40 [3): 305
11. Alonso R, Llopis I, Flores C, Murgui A, Timoneda J. Different adhesions for type IV collagen on *Candida albicans*: identification of a lectin-like

- adhesin recognizing the 7S[IV) domain. Microbiology 2001 July; 147 [Pt 7): 1971-81.
12. Pardi, G.; Cardozo, E. 2002: Algunas consideraciones sobre Candida albicans como agente etiológico de candidiasis bucal. AOV. 40[1).
 13. Silva, V. 2005: Presente y futuro en el Diagnostico de las Micosis Invasivas. Curso de actualización en Micología Medica. Mendoza, M. 2005:
 14. Méndez O. Factores de riesgo de estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis total; Ciudad de la Habana; facultad de estomatologica.1988. trabajo de terminación de residencia
 15. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA: Programa Nacional de Detección Cáncer Bucal, pp. 11Ed. Ciencias Médicas, La Habana, 1999.
 16. Abelson, D-C. Denture plague on denture cleansers; I. prosth Dent. 45_376-1981.
 17. Norma ramal cubana apicultura. NRAC- 1135-94, materia prima especificaciones MINAG 1994.
 18. Gonzáles Guerra A, y Bernal Méndez R, Propóleos un camino hacia la salud. Ed. Pablo de la torriente; La Habana; 95-119, 1997.
 19. Maidana, J.F. Propóleos Características físicas en relación a la procedencia y origen vegetal. Vida apícola; 95; 21-26. 1999.
 20. Espinosa I, Rojas R, Amanda W, Gemoral J. Prevalence of oral mucosal lesions in el derly in Santiago Chile. J Oral Pathol Med. 2003;5-571.
 21. Kossioni AE. The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older's Greek population. Gerodontology 2010 jan; (14):89-95.
 22. Herrera B, Osorio M. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en mayores de 45 años. Rev. hab. Cienc Med; 2005 Sept-Oct; 4(4).
 23. Figueiral, M. H.; Azul, A.; Pinto, E.; Fonseca, P. A.; Branco, F. M. & Scully, C. Denture-related stomatitis: identification of aetiological and predisposing factors- a large cohort. J. Oral Rehabil., 34(6):448-55, 2007
 24. SANTANA,JC.: Prevención en cáncer bucal,Comision técnica. OFEDO/UDUAL, Fac.deOdontologia,UAEM.P103, México, 1991
 25. Shulman JD, Rivera-Hidalgo F, Beach NM. Risk factors associated with denture stomatitis in the United States. J Oral Pathol Med. 2005 Jul; 34(60)
 26. Carreira Piloto V, Almagro Urrutia Z E. La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. Rev. Cubana Estomatol 2000; 37[3]:133-9.
 27. Pardo, J.; Rodríguez-Serna, M.; De La Cuadra J, Fortea JM. Allergic contact stomatitis due to manganese in a dental prosthesis. Contact Dermatitis, 50(1):41, 2004.
 28. Fenlon, M. R.; Sheriff, M. & Walter, J. D. Factors associated with the presence of denture related stomatitis in complete denture wearers: a

- preliminary investigation. Eur. J. Prosthodont. Restor. Dent., 6(4):145-7, 1998.
29. Moreira E, Bernal A, Urbizo J, Molina J. (1989) Estomatitis Subprotésica: Estudio epidemiológico en 6302 pacientes portadores de prótesis dentales removibles. Rev Cubana Estomatol. 26(1-2): 71-80
 30. Koo-H Gomes-BPFA Rosalen-PL Ambrosano-GMB Park-YK Cury-JA - [2000) In-Vitro Antimicrobial Activity of Propolis and Arnica-Montana Against Oral Pathogens - Archives of Oral Biology, vol. 45, Iss 2, pp 141-148
 31. Leoncio Padrón Cáceres. Conferencia Magistral. La MTN en Cuba. 2007
 32. Nairn RI. (1975) Nystatin and Amphotericin B in the treatment of denture related Candidiasis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 40:68.
 33. . Mulet García M, Hidalgo ,Hidalgo S, Díaz Gómez SM. Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Etapa diagnóstica. Arch Med Camagüey [serie en Internet] 2006 [citado 14 de ene del 2008]; 10[5]: [aprox. 15 p.]. disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/2065>
 34. . . Bedascarrasbure E., Maldonado L., Gurini L., Alvares A., van der Horst A, Tabera A. Caracterización de propóleos argentinos. I - Delta del Río Paraná. Anales del Congreso Internacional de Propóleos, Buenos Aires, 1 y 2 de Septiembre de 2008, pág.102.
 35. . Bedascarrasbure E., Maldonado L., Segura C., Pérez O., Alvares A., van der Horst A, Tabera A. Caracterización de propóleos argentinos. II – Valle Calchaquí. Anales del Congreso Internacional de Propóleos, Buenos Aires, 1 y 2 de Septiembre de 2008, pág.103.
 36. Bracho Pérez, J. C. [2000). Constituyentes volátiles del propóleo: realidad acerca de su rica composición química. Boletín de la Sociedad Química del Perú, Vol. LXVI, 4, 198-209.
 37. Norma Húngara MSZ 08/0184-79. Propóleo. Método de muestreo y ensayos.
. Norma Rusa RST-RSFSR-317-77. Propóleos.
 38. . Khayya MT, Eghazaly MA, Elkhatib AS. Mechanisms involved in the antiinflammatory effect of propolis extract. Drugs Exp Clint Res 2003; 19:197-203.
 39. . Marcucci, M.C., Control de calidad de propóleos, 1998 - Revista Mensagem Doce N ° 48 - Septiembre de 2008.
 40. .Bianchi EM. Propiedades del propóleos. En Preparación de tinturas, ungüentos o pomadas, jabón y otroproductos a base de propóleos. Argentina. Universidad de Santiago de Estero, 1994: 17-9.
 41. .Tsakaff T. Estudios de las propiedades anestésicas locales del propóleos y el efecto de las mismas en operación de ovejas y perros. En Propóleos. Editorial Apimundia, 1985 : 59-62

42. González M, Rojas HM. Analytical Characterizations of American Countries Propolis. Congreso Internacional de Propóleos. Buenos Aires, Argentina, 2000
43. Hegazi-AG Abdelhady-FK Abdallah-FAM - [2000] Chemical - Composition and Antimicrobial Activity of European Propolis - Zeitschrift für naturforschung- C-A Journal Of Biosciencias, vol. 55, Iss 1-2, pp 70-75
44. Cuesta O, Cuellar A, Vázquez A y Col. Estudio químico y microbilógico de dos muestras de propóleo rojo de origen cubano. IV Simposio de Propóleos y III de Apiterapia, IFAL, Cuba, 1999.
45. Gurini L., Álvarez A., van der Horst A, Taber Caracterización de propóleos argentinos. I - Delta del Río Paraná. Anales del Congreso Internacional de Propóleos, Buenos Aires, 2008.
46. Bedascarrasbure E., Maldonado L., Segura C., Pérez O., Álvarez A., van der Horst A, Tabera A. Caracterización de propóleos argentinos. III – Valle Calchaquí. Anales del Congreso Internacional de Propóleos, Buenos Aires, 1 y 2 de Septiembre de 2008, pág.120.
47. Bracho Pérez, J. C. (2000). Constituyentes volátiles del propóleo: realidad acerca de su rica composición química. Boletín de la Sociedad Química del Perú, Vol. LXVI, 4, 198-209.
48. Khayya MT, Eghazaly MA, Elkhatib AS. Mechanisms involved in the antiinflammatory effect of propolis extract. *Drugs Exp Clin Res* 2005;19:107-220.
49. Marcucci, M.C. , Control de calidad de propóleos, - Revista Mensagem Doce N ° 48 - Septiembre de 2008.
50. . Hegazi-AG Abdelhady-FK Abdallah-FAM - (2005) Chemical - Composition and Antimicrobial Activity of European Propolis - Zeitschrift für naturforschung- C-A Journal Of Biosciencias, vol. 55, Iss 1-2, pp 7
51. Apiterapia CD Api 1B Español. v1003. 21.10.2003 28-38.
52. Apiterapia <http://www.amberrose.com>, 2002.
53. Hill. A. Guia das medicinas alternativas. Hemus. Editora Limitada. Brasil, 1993.
54. Bosch, V F y col. Pain Clinic: “The Impact of Traditional and Natural Medicine”, First National Congress of the Cuban Society of Bioenergetics and Naturalist Medicine, Habana. BIONAT 2000.
55. Hill. A. Guia das medicinas alternativas. Hemus. Editora Limitada. Brasil, 1993.
56. Verde, M. y C. Álvarez. (1988): Reordenamiento Apícola de Granma. Informe tecno MINAGRI, La Habana. [Inedited].
57. Arendorf, T. M. & Walker, D. M. Denture stomatitis: areview. *J. Oral Rehabil.* 4(3):217-27, 1987.
58. Dorko, E.; Jenca, A.; Pilipcinec, E.; Danko, J.; Svick, E. & Tkacikova, L. Candida-associated denturestomatitis. *Folia Microbiol.*, 46(5):443-6, 2001

59. Sato, M.; Tsuchiya, H.; Akagiri, M.; Takagi, N. & Inuma, M. Growth inhibition of oral bacteria related to denture stomatitis by anti-candidal chalcones. Aust. Dent. J., 42(5):343-6, 1997.
60. King, R. D.; Lee, J. C. & Morris, A. L. Adherence of *Candida albicans* and other *Candida* species to mucosal epithelial cells. Infect. Immun., 27(2):667-74, 1980
61. Ribero, R; Vidal, M; Vidal, I; Orgeira, J. 2003: Utilidad de las pruebas microbiológicas, Histológicas e inmunológicas, en el diagnóstico de la candidiasis oral. 59. 672-76.
62. Liebana, J. 2002: Microbiología Oral .2da. Edición. Mac Graw Hill. Interamericana. España
63. Williams DW, Lewis MA. Isolation and identification of *Candida* from the oral cavity. Oral Dis 2000; 6: 3-11.