

TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS PROTESICA

Flores Abuná Gabriel ¹

RESUMEN

La estomatitis protésica es una lesión inflamatoria muy frecuente en pacientes rehabilitados con aparatologías acrílicas removibles, es causada por la interacción de múltiples factores dentro la cavidad oral como: la microflora, los factores sistémicos y la prótesis misma.

Según el grado de afección se clasifica en tres grados: el grado I en la que aparecen áreas hiperémicas localizadas o pequeños puntos eritematosos, el grado II donde se observan áreas eritematosas difusas y el grado III constituida por una mucosa gruesa con gránulos irregulares.

El tratamiento de esta patología consiste en eliminar los factores locales que la producen, realizar una limpieza y desinfección de la prótesis, acompañada del tratamiento antimicótico-antibacteriano. Actualmente al margen del tratamiento convencional, podemos optar por un tratamiento homeopático más inocuo a base de aloe o de oleozón que deriva de la mezcla de un aceite vegetal con ozono, que tienen un alto índice de efectividad para los primeros dos grados de la lesión.

PALABRAS CLAVE

Estomatitis protésica, inflamación.

INTRODUCCION

La estomatitis protésica, Inicialmente fue considerada una reacción alérgica a los materiales de base de las prótesis.

Posteriormente se aducía que los traumas de prótesis mal ajustadas eran los que provocaban degeneración en las glándulas salivales palatinas y la infección microbiana²⁻³⁻⁴. Actualmente se ha conferido importancia a la *Cándida albicans*, al estrés, y factores endógenos relacionados con enfermedades sistémicas y cardiovasculares⁵. Esta lesión es muy frecuente en pacientes rehabilitados con aparatologías acrílicas removibles¹.

ETIOLOGÍA

La estomatitis protésica es una reacción inflamatoria no específica contra los antígenos microbianos, toxinas y enzimas producidas por los microorganismos colonizadores. Depende de varios factores como: la adhesión del parásito al epitelio, la interacción con bacterias comensales orales (*Streptococcuspp*, *Candidaspp*),¹⁻³⁻⁹ el potencial redox del sitio, y las propiedades de la resina acrílica; por tanto existen factores que favorecen la colonización micótica, tales como la mala higiene bucal, alto consumo de carbohidratos, la disminución del flujo salival y el uso continuo de prótesis¹⁻³⁻⁷⁻⁸.

Los factores más importantes que pueden modular la relación huésped-parásito y aumentar la susceptibilidad de estomatitis protésica son: el envejecimiento, la desnutrición, la inmunosupresión, la radioterapia, la diabetes mellitus, el tratamiento con antibióticos y factores endógenos relacionados con enfermedades sistémicas y cardiovasculares⁴⁻⁵.

¹ Egresado Facultad de Odontología UMSA

CLASIFICACION

La clasificación depende del grado de afección y el cuadro signo sintomatológico que se presente en el tejido oral adyacente a la prótesis.

Grado I: Signos inflamatorios mínimos, generales y asintomáticos. Pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños puntos eritematosos.

Grado II: Puede observarse el dibujo de los contornos de la prótesis, la superficie mucosa es de color rojo brillante, aparecen áreas eritematosas difusas que pueden cubrirse total o parcialmente por un exudado blanco-grisáceo. Generalmente el paciente expresa alguna sensación subjetiva.

Grado III: Lesión constituida por una mucosa gruesa, con gránulos irregulares que, a veces, toman aspectos papilares con máxima alteración en la parte central de la mucosa palatina. La magnitud de los signos inflamatorios es variable¹⁻³.

TRATAMIENTO

Consiste en eliminar los factores locales cepillando la superficie de la prótesis con un cepillo dental y jabón en barra, después de las comidas y antes de dormir, luego se debe sumergir la prótesis en una solución de hipoclorito de sodio (al 5%) o Clorhexidina (al 0.12%) en 200 ml. de agua cada cuatro días,¹ durante diez minutos y suspender el uso nocturno de la prótesis³.

Simultáneamente debe asociarse una terapia antimicótica en base a la aplicación de: la anfotericina B, que presenta una actividad fungicida óptima en bajas concentraciones; el ketoconazol que presenta una actividad fungistática;⁹ el miconazol administrado

cuatro veces al día, siempre después de la higiene de la prótesis, durante 30 días seguidos.¹⁰ También puede ser empleada la nistatina⁹, en suspensión oral manteniendo 1 a 2 minutos antes de deglutirla⁷⁻⁸, tres veces al día por 14 días².

El uso de un agente antimicrobiano provee un efecto benéfico para el tratamiento efectivo de la estomatitis protésica³.

TRATAMIENTO HOMEOPATICO

La eficacia del tratamiento homeopático en esta afección es satisfactoria, al remitir signos y síntomas antes de los 15 días de tratamiento, debido a que son capaces de reactivar la energía vital y estimular la homeostasia⁶.

1. Tratamiento con Aloe vera

Con el colutorio de Aloe, los pacientes en grados I y II necesitan menos tiempo para curar, ya que el aloe contiene componentes como magnesio lácteo capaz de mejorar el estado inmunológico de los individuos⁵.

2. Tratamiento con ozono

El ozono medicinal se compone de ozono y de oxígeno puro, puede unirse a un aceite y formar aceite ozonizado (Oleozón). Para la terapéutica con ozono se han utilizado los aceites de origen vegetal, siendo el más usado a nivel mundial el aceite de oliva; la aplicación diaria del oleozón es efectiva para el tratamiento de la estomatitis protésica, ya que el tiempo necesario para desaparecer los signos clínicos de la enfermedad es menor que para los medicamentos convencionales, por lo que resulta ser efectivo en los grados I y II incluso en el grado III¹⁰.

BIBLIOGRAFIA

1. Budtz E., Mojon P., Épidémiologie del édentementtotal.Realitéscliniques.[en línea] 1997 [Accedido en 28 de julio 2012]; 8 (4) 359-367. Disponible en URL: <http://www.information-dentaire.fr/pdf/RCvol8n4p359.pdf>
2. ShaferW., Hine M., Levy B, Tomich C. Tratado de patología bucal. 4ª edición. Editorial Interamericana 1986; 569-570
3. Vasconcelos L., Sampaio F., Correia M., Vieira M., Pereira M., Streptococcusmutans in denturestomatitispatientsunderantifungaltherapy. Revista Odonto Ciencia [en línea]. 2012 [citado 29 Jul 2012]; 25 (2): 120-125. Disponible en url: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/roc/v25n2/03.pdf>
4. Lobos N., Patología de la mucosa oral. Editorial Mediterráneo 1995; 47-49
5. Nápoles González I, Hidalgo Hidalgo S, Milanés Santana R, Fernández Franch N, Echemendía Guzmán O. Aplicación de un colutorio de aloe en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. Archivo Médico Camagüey [en línea] 2003 [citado 29 de julio 2012]; 7(5). Disponible en url:<http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7supl1/674.htm>
6. Nápoles I, Barciela J, Cabrera N, Puig E, eficacia del tratamiento homeopático en la estomatitis subprótesis. Gaceta Dental [en línea] 2000 [citado 29 jul 2012]; 104. Disponible: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n5/amc07508.htm>
7. Gauntlett P., Myers J., Enfermeríamedicoquirúrgica, 3º edición, Editorial Hartcourt 2001; 2: 1478-1479.
8. O'Connell S., Bare B., Brunner y Suddarth Enfermería Medico quirúrgica. 10º edición, Editorial McGraw- Hill Interamericana 2006; 1: 1059
9. Cury A., Birman E., Batista J. Suscentibilidade aos antifungicos de cepas de Candidaalbicans isoladas de pacientes com estomatitisprotética. Rev. Odontológica da Universidade de Sao Paulo [en linea]. Oct.-Dec 1999 [citado 29 jul 2012]; 13(4) Disponible en url: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-06631999000400005&lng=en&nrm=iso
10. García E, Roche A, Osvaldo A., Ruiz B., Rodríguez L.,La ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. Rev Cubana Estomatología. [enlínea]. 2003 [citado 2012 Jul 29]; 40(2) Disponible en url: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est04203.htm