

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ARLEY HERNANDEZ MOREIRA
MORÓN**

Título: Vimang® como tratamiento alternativo para la Estomatitis Subprótesis.

Tesis en Opción a Especialista en Primer Grado en Estomatología General Integral

Autor: Dr. Maritza Rodríguez Cepero.

Morón, 2020

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"ARLEY HERNANDEZ MOREIRA"
MORÓN

Título: Vimang® como tratamiento alternativo para la Estomatitis Subprótesis.

Tesis en Opción a Especialista en Primer Grado en Estomatología General Integral

Autor: Dra. Maritza Rodríguez Cepero. Residente de 2do año de la Especialidad de Estomatología General Integral (EGI).

Tutora: Dra. Estrella Lisbeth Martí Marrero. Especialista en Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesora asistente.

Institución de procedencia: Facultad de Ciencias Médicas Arley Hernández Moreira, Morón.

Morón, 2020

DEDICATORIA:

A mi madre que siempre me brindó su apoyo incondicional en cada decisión importante de mi vida e hizo todo cuanto estuvo a su alcance para verme cumplir el sueño de hacer una carrera universitaria.

A mi abuela que inculcó en mí el sentido de la responsabilidad y el interés por el estudio en edades tempranas.

A mi familia que siempre ha estado presente de una forma u otra.

A todas las personas que contribuyeron a mi formación como profesional de la salud y a la realización de esta tesis.

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer sinceramente y de todo corazón a todas las personas que contribuyeron a mi formación y a todos aquellos que de una forma u otra han puesto su granito de arena para que este proyecto se pudiera realizar, en especial a:

Dra. Sahily Milagro García Novoa.

Dra. Mara Isabel Morales Pardo.

Dra. Marileidi Morales Cabrera.

Dra. Vivian Sahily Pérez Morales.

Dra. Estrella Lisbeth Martí Marrero.

A La Revolución y al comandante Fidel Castro por haber puesto en nuestras manos la posibilidad y los recursos necesarios para formarnos como profesionales de la salud.

En fin, agradezco a todas aquellas personas que estuvieron presentes en mi vida y en la realización de esta Tesis, a todos:

Muchísimas Gracias.

PENSAMIENTO:

... Las palabras están de más, cuando no fundan, cuando no atraen, cuando no añaden.

José Martí.

RESUMEN:

Se realizó un estudio pre-experimental en un solo grupo con previo y post-previo para evaluar la efectividad del VIMANG® como tratamiento alternativo en pacientes con patología de Estomatitis Subprótesis, atendidos en el Policlínico Julio Castillo de Chambas desde Diciembre del 2019 a junio del 2020 en. La muestra quedo conformada de forma intencional por 47 pacientes que cumplieron con los criterios preestablecidos para el estudio, la cual fue tomada de los 106 pacientes registrados con dicha patología en nuestro servicio. El sexo femenino y el grupo de 60 años y más fueron los más afectados por la Estomatitis Subprótesis con un predominio del grado II de la enfermedad, el mayor porcentaje de los pacientes afectados presentaba hábitos inadecuados de higiene y uso de la prótesis y acudieron de manera asintomática al servicio. El VIMANG® resultó ser útil en la mayoría de los pacientes donde se aplicó, sin reportarse reacciones adversas con su uso.

Palabras claves: Estomatitis Subprótesis / VIMANG®

ÍNDICE:

	Páginas
I – INTRODUCCIÓN	1
II – MARCO TEÓRICO	7
III – MATERIALES Y MÉTODO	13
IV – RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20
V – CONCLUSIONES	30
VI – RECOMENDACIONES	31
VII – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
VIII – ANEXOS	39

INTRODUCCION.

Los procesos inflamatorios de la mucosa bucal son reacciones complejas, localmente limitadas, en respuesta a lesiones locales o alteraciones de otro tipo, endógenas o exógenas. Las causas pueden ser noxas físicas, químicas o agentes infecciosos. Dada la respuesta de los tejidos afectados, producto de la liberación de los mediadores químicos de la inflamación y el efecto tisular de las toxinas bacterianas u otros agentes presentes, las características clínicas pueden ser muy variadas, encontrándose básicamente procesos inflamatorios agudos o crónicos ⁽¹⁾.

Los cuadros agudos tendrán un curso más bien corto, mientras que los procesos inflamatorios crónicos estarán acompañados en general por reacciones inmunológicas de distintas dimensiones, con un curso más bien prolongado en el tiempo.

La Estomatitis Subprótesis es la patología que con más frecuencia encontramos en los servicios de prótesis estomatológica e impide iniciar de forma inmediata una rehabilitación protética ⁽¹⁻⁷⁾.

Esta lesión conocida también como Denture Sore Mouth se define como una alteración inflamatoria crónica, que puede degenerar en una lesión hiperplásica si no se trata oportunamente. Generalmente se presenta en la mucosa de soporte, de pacientes total o parcialmente desdentados y portadores de prótesis removibles, las cuales se encuentran casi siempre en mal estado. Se considera que las dos terceras partes de los portadores de prótesis removibles presentan Estomatitis Subprótesis en un grado variable. Estudios realizados reportan un nivel de afectación que oscila entre un 11 y un 67% ⁽⁷⁻⁹⁾.

La Estomatitis Subprótesis tiene una prevalencia de un 40% en personas entre 50 a 65 años de edad, presentando un predominio en el género femenino con una relación de 4:1, y su ubicación más frecuente en el maxilar superior ^(1, 6).

Por lo general, la enfermedad se detecta cuando el paciente acude a la consulta para una nueva rehabilitación protésica o para ser atendido por otra causa, pues la lesión cursa de forma asintomática, a tal punto que es ignorada por algunos pacientes, pero

en ocasiones aparecen síntomas tales como: sensación de ardor, prurito, sabor metálico, edema y calor ⁽¹⁻⁸⁾.

El aspecto clínico varía desde áreas hiperémicas localizadas hasta lesiones que delimitan el contorno de la prótesis, y en estado avanzado aparecen proyecciones papilares dispuestas en estrecha proximidad que dan aspecto verrugoso. Empieza como una congestión en algunos puntos de la mucosa; estos puntos van extendiéndose, llegan a confluir y la congestión puede alcanzar a toda la mucosa en contacto con la prótesis ^(1,2).

Entre las etiologías de la Estomatitis Subprótesis están: las causas traumáticas, tóxicas, reacciones de hipersensibilidad al monómero, enfermedades sistémicas, desequilibrios hormonales, trastornos nutricionales, estrés e irritaciones locales, y además hábitos propios del paciente en cuanto a la higiene y el uso continuo durante la noche de la prótesis. Por esta razón se recomienda su retirada nocturna, con el objetivo de disminuir el tiempo de exposición a los microorganismos de la placa y del trauma producido por la misma prótesis, y para que sea más efectiva esta indicación, es necesario la higienización de las prótesis, la desinfección siempre que sea posible con agentes antioxidantes (clorhexidina), el tratamiento eventual de una candidiasis y un adecuado procesado del material de base para disminuir las microporosidades y con ello, la presencia de microorganismos^(1,3).

Debido a que la Estomatitis Subprótesis es tan frecuente, se hace necesario tener opciones para tratarla, y es de interés encontrar un tratamiento efectivo que disminuya el tiempo de curación de la lesión. ⁽¹⁰⁾

El tratamiento convencional de esta patología está encaminado a la eliminación de los factores locales, para lo cual se recomienda retirar las prótesis por largos períodos de tiempo, cepillarlas correctamente, así como la utilización de enjuagatorios bucales con agua fría, vitaminoterapias y una terapia con antifúngicos y antimicrobianos. La no utilización de la prótesis para lograr la curación, trae consigo afectaciones estéticas y funcionales, existiendo en muchas ocasiones poca cooperación de los pacientes en este sentido, debido a que es necesario un período

de descanso protésico, que se prolonga según el grado de las lesiones, por lo que se hace necesario la utilización de otros tratamientos más inocuos y con resultados satisfactorios en un tiempo más breve, evitando de esta forma la utilización de medicamentos tóxicos como los convencionales. ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

En Cuba se ha desarrollado un producto natural, conocido como VIMANG®, que se obtiene a partir de la corteza del árbol del mango, el cual ha sido utilizado por la población cubana en el tratamiento de diferentes enfermedades. Los estudios químicos, farmacológicos y toxicológicos realizados hasta el momento, corroboran la eficacia del VIMANG® como antiinflamatorio, analgésico, inmunomodulador y antioxidante; esta última es la más avalada de sus propiedades.

El ingrediente activo de estas formulaciones consiste en una mezcla de polifenoles, terpenoides, azúcares libres, ácidos grasos, polialcoholes y micro elementos. Donde se destaca la presencia de polifenoles del 40 al 60%, los que le imparten propiedades únicas como suplemento nutricional, ejercen un efecto protector contra el daño oxidativo de captación de radicales libres, y en particular la mangiferina (25-30%de extracto total), con una alta biodisponibilidad que le permite llegar a los tejidos y órganos significativamente.

Los estudios químicos analíticos, farmacológicos y toxicológicos tanto del ingrediente activo como de las formulaciones permiten asegurar que se está en presencia de un producto de eficacia comprobada en el tratamiento de varias patologías. Luego de más de 25 años de experiencia práctica médica y avalada por resultados recientes en ensayos clínicos controlados, VIMANG® ha demostrado ser no tóxico, no irritante, carecer de potencial genotóxico y tener muy baja frecuencia de efectos adversos.

En general el VIMANG® hace que los procesos fisiológicos normales del organismo trabajen con eficiencia, optimizándolos y retardando el deterioro que se va produciendo con el envejecimiento. Gracias a estas propiedades, el VIMANG® puede aplicarse en varias enfermedades y es un gran aliado para conseguir resultados más rápidos, duraderos y mejores en los programas de rehabilitación. En Cuba existen experiencias clínicas sobre el uso del VIMANG® en el tratamiento de la

Estomatitis Subprótesis con resultados alentadores, sin embargo, son escasos los reportes bibliográficos sobre el tema. ⁽¹⁰⁻¹⁶⁾

Todo lo anterior expuesto permite plantear el **problema científico** a resolver: ¿Cómo disminuir el uso de la medicina alopática en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis?

Hipótesis

Si se aplica el VIMANG® como tratamiento alternativo en pacientes con Estomatitis Subprótesis, entonces es posible disminuir el uso de la medicina alopática en esta patología.

Justificación: En el municipio Chambas existe una escasa experiencia sobre la temática, así como una pobre explotación del VIMANG® con fines estomatológicos. Por lo anterior expuesto, por la alta prevalencia de Estomatitis Subprótesis en los servicios estomatológicos, lo difícil que muchas veces resulta el tratamiento convencional, por las propiedades que presenta el VIMANG®, además de las posibilidades de acceso a este recurso que poseen tanto estomatólogos como pacientes; se decidió realizar el presente estudio.

Siendo el **objeto de estudio** la aplicación del VIMANG® y la estomatitis Subprótesis como **campo a investigar**.

Novedad científica: La propuesta es novedosa porque integra un sistema de tratamiento de carácter práctico con el uso del VIMANG® en pacientes con Estomatitis Subprótesis, además que da un nuevo aporte de conocimiento a la Estomatología en el municipio Chambas.

El **aporte científico** de la investigación radica en la elaboración de un sistema de tratamiento que por su carácter inocuo, eficaz y económico contribuya a la prevención y tratamiento de la Estomatitis Subprótesis, disminuyendo su prevalencia en los pacientes que presenten la enfermedad.

El **aporte social** radica en que al aplicar el tratamiento con VIMANG®, y lograr disminuir la prevalencia de la Estomatitis Subprótesis en los pacientes en estudio, se contribuye a mejorar su salud bucal.

Aporte económico: Una vez diagnosticada y tratada la enfermedad mediante esta medicina natural evitamos tratamientos posteriores con la utilización de fármacos específicos.

Objetivos.**Objetivo general:**

Evaluar la efectividad del VIMANG®, como tratamiento alternativo en pacientes con Estomatitis Subprótesis atendidos en el Policlínico Julio Castillo del municipio Chambas, en el período comprendido entre diciembre 2019 a junio 2020.

Objetivos específicos:

1. Sistematizar lo sustentos teóricos relacionados con la Estomatitis Subprótesis.
2. Distribuir los pacientes atendidos con Estomatitis Subprótesis según:
 - 2.1. Edad y sexo.
 - 2.2. Grado clínico de la enfermedad.
 - 2.3. Hábitos de higiene y uso de la prótesis.
3. Diseñar el esquema de tratamiento para el uso del VIMANG® en la Estomatitis Subprótesis e incrementar el uso como tratamiento alternativo.
4. Evaluar la utilidad del VIMANG® según grado clínico de la Estomatitis Subprótesis.
5. Identificar la presencia de reacciones adversas al VIMANG®.

MARCO TEÓRICO.

Antecedentes históricos, teóricos y contextuales

La Estomatitis Subprótesis, es una de las alteraciones que con más frecuencia se diagnóstica dentro de la Patología Bucal, constituyendo un factor de riesgo para la aparición de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal. Se define como una alteración de tipo inflamatoria, que puede degenerar en una lesión hiperplásica si no se trata oportunamente. Generalmente se presenta en la mucosa de soporte, en pacientes total o parcialmente desdentados y portadores de prótesis removibles (mucosoportadas o dento-mucosoportadas), las cuales se encuentran casi siempre en mal estado. Es por esto que constituye una enfermedad muy prevalente entre los portadores de prótesis removibles, sus reportes, en el nivel de afectación, oscilan entre un 11 y un 67% ^(1,2-6).

En general se considera que las dos terceras partes de los portadores de prótesis removibles presentan Estomatitis Subprótesis en un grado variable. Esta patología presenta una serie de particularidades tales como su elevada frecuencia y sus diferentes variantes clínicas de presentación en las cuales confluyen dos aspectos fundamentales que son: el trauma y la infección ^(1,5,7).

Esta entidad se localiza principalmente en la mucosa del paladar por debajo de la superficie de ajuste de las prótesis removibles superiores, en tanto que no es común que se presente en la mucosa del maxilar inferior. Las lesiones aparecen debajo de cualquier tipo de material; pueden ser localizadas, generalizadas o granulares y van desde simples modificaciones fisiológicas o adaptaciones, hasta alteraciones patológicas ^(1,9, 10).

Generalmente la sintomatología puede ser variable o estar ausente. En numerosas ocasiones se descubre el proceso al retirar la prótesis en una exploración rutinaria o al inicio de un tratamiento rehabilitador. Se plantea que entre un 28% y hasta un 70% de los pacientes pueden presentar síntomas, señalándose entre estos, inflamación de la mucosa, sangrado, sensación de quemazón, dolor, mal gusto, halitosis, xerostomía, etc. ⁽¹⁸⁾. En algunas ocasiones en pacientes con inestabilidad psíquica y tendencia a posiciones hipocondríacas el motivo fundamental de

consulta puede ser la "cancerofobia"⁽¹⁰⁾.

Tradicionalmente ha existido una gran controversia respecto a la denominación más correcta para la Estomatitis Subprótesis, la primera fue realizada por Cahn en 1936 quien la denominó "denture sore mouth", lo que puede ser traducido como boca dolorida por la dentadura. También en 1936 Pryor se refirió a la entidad como "chronic denture palatitis", con la cual hacía referencia a la cronicidad del proceso y su ubicación anatómica. En 1956 Fisher la llama "stomatitis venerata", denominación que recuerda las no muy alentadoras terminologías medievales, en el latín significa venenoso o embrujado. No es hasta 1963 cuando Cawson la denomina "denture stomatitis"; esta definición es el término más aceptado en la lengua inglesa. La amplitud de la lengua en ocasiones dificulta la denominación acertada para resumir la esencia de un fenómeno, por lo que es recomendable el empleo del término Estomatitis Subprotésica. Esta denominación intenta resumir los aspectos esenciales de la enfermedad: la inflamación y su asociación protética ⁽¹⁴⁾.

Desde el punto de vista clínico existen varios tipos de Estomatitis Subprótesis, dependiendo fundamentalmente del aspecto de la mucosa inflamada, la cual en el curso evolutivo de la enfermedad sufre modificaciones donde puede variar la gravedad inflamatoria e incorporarse cambios fibroproliferativos en sus etapas más avanzadas ^(1, 2, 15, 21).

Resulta interesante la asociación de la Estomatitis Subprótesis con otros procesos orales. La enfermedad que más se asocia es la Queilitis angular candidiásica, alcanzando entre el 33% y 82,6%. De forma poco frecuente se han reportado asociaciones con Leucoplasias y cuadros de Candidiasis orales pseudomembranosas ⁽¹⁷⁾.

Dentro de las diferentes propuestas clasificatorias de la enfermedad, la de Newton ha sido una de las más empleadas, la cual agrupa a la Estomatitis Subprótesis en tres grados que expresan las diferentes etapas por las que transitan los pacientes en caso de no ser interceptado precozmente su padecimiento como se muestra a continuación ^(1-8, 16, 18):

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

eritematosos. Es la lesión mínima visible a la inspección.

Grado II: Lesión francamente inflamatoria. 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 aspecto papilar con las alteraciones máximas en la parte central de la mucosa palatina. La magnitud de los signos inflamatorios es variable y generalmente sobre estos predominan los fenómenos proliferativos.

La mayoría de los investigadores plantean que la etiopatogenia es de origen multifactorial. Dentro de los factores involucrados, hay varios a los que se les concede especial importancia, y dentro de los que se destacan: el factor mecánico-traumático: originado por una prótesis con un deficiente estado funcional (desajustada por falta de soporte, de retención, fallas oclusales y de relación vertical) sumado a los malos hábitos de su utilización. El factor higiénico-infeccioso: el cual generalmente aparece por fallas mecánicas asociadas a una mala higiene, las cuales dan origen a la formación de placa bacteriana sobre la superficie interna de la prótesis conformando un verdadero ecosistema. La constitución morfológica de la placa bacteriana es especialmente en base a formas cocáceas, basilares, filamentosas y fúngicas, esencialmente la "Cándida Albicans". El factor dietético determinado por la ingesta excesiva de carbohidratos, falta de ciertos nutrientes y vitaminas. También, aunque la alergia en la mucosa bucal producida por los acrílicos ha sido muy discutida, muchos autores a través de los años han asociado la enfermedad con la presencia de un factor alérgico por el contacto de la resina protésica y sus productos de liberación (monómero del metacrilato de metilo no polimerizado, los catalizadores y colorantes de la resina sintética) con la superficie mucosal. Actualmente estudios realizados han demostrado, que en un acrílico bien procesado ni el monómero residual, como tampoco los restos de inhibidores, catalizadores o pigmentos alcanzan proporciones como para concederles importancia en la aparición de lesiones, admitiéndose que el eritema subprotésico se debe a un traumatismo capilar favorecido a veces por una fragilidad capilar y a la

populación de la *Cándida Albicans*, microorganismo cuyas colonias pueden estar en los defectos de la superficie mucosal de la prótesis o en los microporos de las mismas. Los antecedentes patológicos personales de enfermedades como la Diabetes Mellitus y las Anemias son considerados también como predisponentes de esta enfermedad (1-8, 16-19).

El tratamiento de esta afección va encaminado a la eliminación de los factores locales y al mejoramiento de las condiciones biológicas de los tejidos afectados, varios autores recomiendan retirarse las prótesis por largos períodos, cepillarlas, así como la utilización de enjuagatorios bucales y una terapia con antifúngicos o antimicrobianos (6-9,15-17).

La terapia local con diferentes agentes antifúngicos es de uso frecuente en el tratamiento de la candidiasis asociada a Estomatitis Subprótesis. Este tratamiento produce una significativa reducción de la inflamación de la mucosa palatina y síntomas orales asociados. Además produce una disminución importante del componente inflamatorio granular presente en la estomatitis grado I y II. En cambio, en la estomatitis hiperplásica a pesar del tratamiento persiste la inflamación (21-24).

El tratamiento antifúngico más antiguo en la Estomatitis Subprótesis, es la nistatina, de la cual se han hecho múltiples estudios micológicos los cuales han concluido que, si bien se observa una supresión de las levaduras orales con el tratamiento, luego que el paciente deja el tratamiento la flora fúngica se restablecen nuevamente con facilidad (21-24, 25).

Actualmente el tratamiento antifúngico está a cargo de los azoles de uso tópico como el miconazol y sistémico como el fluconazol. Los azoles poseen una actividad antifúngica de amplio espectro in vitro y son efectivos en forma tópica para casi todos los hongos de interés clínico. Estos agentes son efectivos contra ciertas bacterias y protozoos, pero de ninguna manera reemplazan el tratamiento habitual para estos microorganismos. El miconazol es la primera elección para el uso odontológico (21-24, 25).

Estudios recientes sobre el efecto de la administración oral de miconazol demuestran una reducción significativa del eritema y la concentración de levaduras en pacientes

con candidiasis asociada con Estomatitis Subprótesis. Sin embargo, en las investigaciones realizadas en pacientes que estuvieron bajo terapia antifúngica por dos semanas con un azol de uso sistémico como el fluconazol demostró que este tiempo de tratamiento es deficiente para eliminar las esporas del hongo. Por lo tanto, en la actualidad se recomienda el uso de fluconazol por lo menos por un mes para obtener los resultados esperados del fármaco (22, 23, 25).

Otra opción de tratamiento de la Estomatitis Subprótesis es el uso de sustancias antimicrobianas como: la solución de gluconato de clorhexidina al 0,2% para enjuagatorios orales y con solución de gluconato de clorhexidina al 2% para tratar la prótesis. Este tratamiento produce una reducción de la inflamación y del número de levaduras en la mucosa al igual que en la prótesis. Estudios recientes in-Vitro demostraron que la clorhexidina suprime el efecto antifúngico de la nistatina. Esto indica que la combinación en la terapia oral para Estomatitis Subprótesis de antifúngicos y clorhexidina no es viable. Sin embargo, la inmersión de la prótesis en clorhexidina al 2% puede combinarse con terapia antifúngica sistémica (fluconazol) obteniéndose buenos resultados (24-26).

El Anfotericina B es otro antimicrobiano recomendado, fundamentalmente en la estomatitis grado III en la cual predominan los fenómenos proliferativos y donde los tratamientos anteriormente nombrados no son efectivos; haciéndose imprescindible recurrir a técnicas quirúrgicas. La técnica más adecuada es el empleo de diatermia quirúrgica selectiva de cada una de las papilas, y la aplicación en el transcurso de los cinco días sucesivos, de cremas cuyo mecanismo de acción estimule con capacidad regulatoria el crecimiento y la proliferación celular, como: el Anfotericina B, el ungüento hidrófilo y el factor de crecimiento epidérmico (3, 25).

Últimamente un nuevo campo terapéutico se abre paso en el mundo contemporáneo: la Medicina Bioenergética y Natural. Esta constituye una vía para evadir los efectos adversos de la síntesis química, tanto en el plano médico como en el económico y buscar mayor acceso y aceptabilidad social. A tales efectos se realizan las investigaciones y acciones necesarias para la acelerada introducción y extensión de estas formas terapéuticas en el Sistema. Nacional de Salud. Estudiosos de la Estomatitis Subprótesis han utilizado tratamientos más inocuos como la miel de

abeja, la sábila, el láser y el ozono obteniendo resultados satisfactorios en un tiempo más breve y evitando de esta forma la utilización de medicamentos tóxicos como los convencionales (3-5, 8,9, 16)

MATERIALES Y METÓDOS

Se realizó un estudio pre-experimental en un solo grupo con previo y post-previo para evaluar la efectividad del VIMANG® en el tratamiento de pacientes con Estomatitis Subprótesis atendidos desde diciembre del 2019 a junio del 2020 en el Policlínico Julio Castillo del municipio Chambas.

Universo de estudio.

El universo estuvo constituido por toda la población con diagnóstico clínico de Estomatitis Subprótesis atendida en el Policlínico Julio Castillo del municipio Chambas, en el período comprendido entre diciembre del 2019 a junio del 2020 de forma no probabilística.

Muestra: La muestra quedo conformada de forma intencional por 47 pacientes que cumplieron con los criterios preestablecidos para el estudio, la cual fue tomada de los 106 pacientes registrados con dicha patología en nuestro servicio.

Criterios de inclusión:

- Voluntariedad del paciente para participar en el estudio. (Anexo 1)
- Ser atendido por primera vez con diagnóstico de Estomatitis Subprótesis en los servicios de Estomatología del Policlínico Julio Castillo en el tiempo comprendido del estudio.
- Mayores de 15 años de edad de ambos sexos, portadores de prótesis totales o parciales mucosoportadas o dento-mucosoportadas.

Criterios de exclusión:

- Paciente que no desea participar en el estudio
- Paciente que no tiene disponibilidad de tiempo para participar y garantizar su asistencia a todas las consultas.
- Pacientes embarazadas o discapacitados mentales.
- Pacientes con enfermedades sistémicas de base o neoplasias.

Criterios de salida:

- Inasistencia a dos o más consultas.
- Deseos del paciente de no continuar con el tratamiento.
- Reacción adversa a tratamientos aplicados.
- Combinación del tratamiento prescrito con otras formas terapéuticas.

Formas de obtención de la información.

Los datos para la investigación se tomaron de las Historias Clínicas Individuales de los pacientes tratados en el Policlínico Julio Castillo del municipio Chambas, llevándose toda la información a un cuestionario de datos primarios (anexo 2) confeccionado según los objetivos propuestos por el investigador.

El examen que se realizó en el sillón dental utilizando exploradores nuevos del número 5 y espejos dentales planos con las mismas características, guantes de exploración desechables y cubre bocas.

El tratamiento se prescribe por un período de 16 días se debe indicar enjuagatorios con el extracto acuoso de VIMANG® a temperatura ambiente, preparado según indicaciones de la fórmula farmacéutica (una cucharadita en un vaso de agua hirviendo y dejándolo reposar, posteriormente filtrar a través de un paño y aplicar en forma de colutorios durante 15 minutos, 4 veces al día, previa higienización de la cavidad bucal. Una vez aplicado se orientó no ingerir agua ni otro alimento durante una hora después, realizar la última aplicación antes de dormir y descanso en el horario nocturno de las dentaduras una vez realizado el último enjuagatorio.

En la primera etapa: Al hacer el contacto inicial se les explicó el objetivo y otros detalles del estudio asegurándoles confidencialidad. (Anexo1)

En la segunda etapa: En esta segunda etapa se les indicó que una vez aplicado el producto no se debe ingerir agua ni otro alimento durante una hora después de

aplicado el tratamiento y realizar la última aplicación antes de dormir, y retirada inmediata de la prótesis.

Etapas de evaluación: Los pacientes fueron evaluados al cuarto, octavo, decimosegundo, y decimosexto día de iniciado el tratamiento para especificar cuándo se inició la mejoría real y cuándo estuvieron totalmente curados.

Al transcurrir el tiempo indicado de tratamiento, si el paciente no estuvo totalmente curado se indicó la terapia convencional u otra terapia alternativa.

Métodos del nivel teórico:

Los métodos teóricos fueron empleados desde el inicio y hasta la conclusión del proceso investigativo permitiendo identificar los antecedentes en el contexto internacional, nacional, provincial y local, además de fundamentar la investigación en sus diferentes etapas y brindar un camino para el esclarecimiento de los resultados.

Análisis histórico-lógico: Se seleccionó este método con el objetivo de poder estudiar la trayectoria de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de la historia de la Estomatitis Subprótesis en la naturaleza del mismo a nivel mundial y en el país poniendo énfasis especial en los últimos cinco años.

Análisis-síntesis: se analizó las fuentes bibliográficas, separando lo esencial de lo secundario, que nos determinara lo importante a partir de la bibliografía revisada y sintetizar lo necesario para determinar las posiciones teóricas que sustenta la solución del problema científico.

Inducción-deducción: Para valorar el carácter de sistema de los componentes del problema.

Hipotético-deductivo: Posibilitó el surgimiento de conocimientos a partir de influencias teóricas, que ayudarán a corroborar la hipótesis e inferir conclusiones.

Método estadístico-matemático. Estadístico-descriptivo: Se utilizará para comparar los datos obtenidos como resultado del estudio.

Operacionalización de las variables.

Edad: Variable cuantitativa discreta. Se consideraron los años de vida cumplidos hasta el inicio de la investigación. Se evaluaron los grupos establecidos por el Departamento de Estadística:

- 19 - 34 años
- 35 - 59 años
- 60 y más

Sexo: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideró según características sexuales primarias y secundarias. Sexo biológico.

- Masculino
- Femenino

Grado clínico de la enfermedad: Variable cualitativa ordinal medida en grados teniendo en cuenta la clasificación de Newton ^(1-8,16,18).

- Grado I: Signos inflamatorios mínimos, generalmente asintomáticos. Pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños puntos eritematosos. Es la lesión mínima visible a la inspección.
- Grado II: Lesión francamente inflamatoria. 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 aspecto papilar con las alteraciones máximas en la parte central de la mucosa palatina. La magnitud de los signos inflamatorios es variable y generalmente sobre estos predominan los fenómenos proliferativos.

Hábitos de higiene y uso de la prótesis: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideró evaluándose los siguientes criterios:

- Adecuados: si el portador de la prótesis retiraba el aparato para cepillarlo después de cada comida y realizaba la limpieza de la cavidad bucal y además retira la prótesis para dormir, con previo cepillado.
- Inadecuados: Cuando el portador de la prótesis la usaba de forma continua solo retirando el aparato para cepillarla, o se refiere no realizarse la higienización del aparato y de la cavidad bucal independiente de dormir o no con ella.

Efectividad: es el grado en que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en las condiciones de la práctica habitual, sobre una población det

- De 3 -4 días
- De 5-8 días
- De 9-12 días
- De 13-16 días
- No efectivo

Utilidad: se basa no tanto en la autorización de comercialización de un medicamento, como en la evaluación del valor sanitario que depende de la gravedad de la enfermedad, de la eficacia del fármaco, de su papel en la estrategia y de la existencia de alternativas terapéuticas.

- Útil
- No útil

Reacción adversa: reacción nociva y no deseada que se presenta tras la administración de un medicamento, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana, para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para modificar cualquier función biológica”.

- Con reacción
- Sin reacción

Métodos de procesamiento de la información.

En la investigación fueron empleados métodos de investigación cuantitativos y cualitativos como parte de la triangulación metodológica considerada. El sistema de métodos investigativos incluyó los teóricos, empíricos y procedimientos estadísticos. Los métodos teóricos fueron empleados desde el inicio y hasta la conclusión del proceso investigativo y permitieron identificar los antecedentes en el contexto internacional nacional, provincial y local, además de fundamentar la investigación en sus diferentes etapas y brindar un camino para el esclarecimiento de los resultados. Los datos fueron organizados, clasificados y resumidos adecuadamente, para un mejor análisis de la información obtenida y se transcribieron a una base de datos utilizando los programas MICROSOFT EXCEL y SPSS (Statistical Packed For Social Cience), versión 15.0 para WINDOWS con las variables y categorías definidas. Los resultados se reflejaron de forma tabular y gráfica para facilitar su análisis e interpretación, compararlos con otros autores, así como arribar a conclusiones y recomendaciones. Para el procesamiento de la información se utilizó el programa EPIDAT (Programa para el análisis epidemiológico de los datos tabulados), versión 3.0.

Se emitieron las conclusiones en correspondencia con los objetivos y se redactó un informe final según los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de Morón para el cual se empleó una computadora Pentium IV, Sistema Operativo Windows 7, los textos se procesaron en Microsoft Word y las tablas en Microsoft Excel.

Procedimientos éticos:

Para que esta investigación estuviese sustentada en los principios de la ética, la participación en el estudio, dependió del consentimiento previo de los pacientes

(Anexo 1), tomándose en cuenta todos los aspectos éticos establecidos al respecto: respeto a la persona, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Los pacientes fueron explícitamente informados de los fines de la investigación y formalizaron el consentimiento informado si así lo consideraban, previamente a su incorporación al estudio. La incorporación o no de un paciente al estudio no influyó de modo alguno en la relación de este con el trabajador de la salud con que interactuó ni otro miembro del sistema. Se les explicó que los datos obtenidos sólo serían empleados con fines investigativos, de diagnóstico y tratamiento, respetando en todo momento su privacidad.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución de la población objeto de estudio según edad y sexo. El Vimang® como tratamiento alternativo en pacientes portadores de Estomatitis Subprótesis. Diciembre del 2019 a junio del 2020. Policlínico Julio del Castillo. Chambas.

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
19-34 años	3	6.4	2	4.3	5	10.6
35-59 años	8	17.0	6	12.8	14	29.8
60 y más	16	34.0	12	25.5	28	59.6
Total	27	57.4	20	42.6	47	100

Fuente: Cuestionario de datos primarios

En la tabla se aprecia que más de la mitad de la muestra afectada por Estomatitis Subprótesis, un 57.4%, pertenece al sexo femenino, mientras que el 42.6% de los portadores de la enfermedad fueron hombres.

La mayor afectación en el sexo femenino podría atribuirse a que las féminas cuidan más de la estética, manteniendo el aparato protésico en la boca el mayor tiempo posible además acuden con más frecuencia que los hombres a los servicios de Estomatología para resolver sus problemas dentales por lo que están más expuestas a los exámenes bucales y por consiguiente a detectarse la lesión con más probabilidad que los hombres. También estudiosos del tema plantean que las mujeres tienen características propias como son: una mucosa bucal más fina, mayor fragilidad capilar, sobre todo a partir de la tercera década de la vida. También son frecuentes las afecciones psicósomáticas tanto producidas por el estrés como por causa del climaterio las cuales tienen influencias en los tejidos bucales al alterar la irrigación, el flujo salival y la tasa de anticuerpos circulantes. Algunos autores han descrito que la mucosa palatal masculina es más resistente al uso de la prótesis con respecto a las del sexo opuesto (2, 33, 39).

La mayor parte de los trabajos revisados indican que esta enfermedad es más frecuente entre las mujeres, en cambio, algunos autores consideran que no existe diferencia entre sexos y otros como Camps I. Los colaboradores difieren al reportar una afectación mayor en el sexo masculino con un 65% en el grupo control y un 68,15% en el de estudio ^(5, 6, 40).

Los resultados encontrados en el presente estudio son muy semejantes a los obtenidos por Ley Sifontes, Nápoles IJ. Y Carreira Piloto en investigaciones realizadas en las provincias de Camagüey y Ciudad de la Habana quienes encontraron un mayor porcentaje de afección por E.S en el sexo femenino, con un 70,6%, 59,7% y 75% respectivamente ^(2, 29, 42). También se coincide con Espasadin González I. quien observó en la muestra estudiada un predominio de Estomatitis Subprótesis en el sexo femenino con un 70.83% ⁽⁴⁰⁾ y con Sánchez Iturriaga ME. en su estudio en el Servicio de Estomatología de Las Llanadas en el municipio de Cumaná, perteneciente al Estado Sucre de la República Bolivariana de Venezuela, de noviembre del 2009 a agosto del 2010 quien evidenció que el mayor porcentaje de pacientes correspondieron al sexo femenino para 62,0 % ⁽³²⁾.

Castillo Santiesteban, en Holguín reportó 37 casos en el sexo femenino para un 54,4% ⁽³⁰⁾. Silva Contreras AM, en la Clínica Estomatológica "Ormani Arenado" de Pinar del Río muestra una supremacía de un 59,1% en las mujeres con prótesis dental sobre hombres con idéntica condición ⁽³⁸⁾.

En cuanto a la edad en ambos sexos se observa en la tabla un aumento progresivo del número de afectados con el avance de la misma predominando el grupo de 60 años y más (59.6%) seguido del grupo etario de 35-59 años y el de 19-34 años con un 29.8% y un 10.6% respectivamente.

La edad es una variable de interés en los pacientes con Estomatitis Subprótesis ya que la regeneración de la mucosa no se comporta igual en los diferentes años de vida. Estos resultados pueden estar dados a que en la tercera edad ocurren fenómenos involutivos de desintegración fisiológica y morfológica que tienden a comprometer la coherencia funcional del organismo, por lo que se reduce

gradualmente la capacidad adaptativa de la mayoría de los órganos y sistemas, razón por la cual los ancianos son más propensos a enfermar que las personas más jóvenes. También con el de cursar de los años aumentan las parodontopatias, lo que lleva a la pérdida de dientes, independientes de los traumatismos y otras causas que durante la vida conllevan a un crecimiento de las necesidades de prótesis. ⁽³⁴⁾

Estudiosos del tema en Chile plantean que el envejecimiento de la cavidad bucal genera modificaciones en los dientes, sus tejidos de soporte, los músculos, las glándulas salivales y las mucosas. En los adultos mayores la mucosa oral generalmente presenta un aspecto brillante, la encía pierde su punteado, hay menor resistencia a las presiones y menor capacidad para responder a las influencias externas, siendo dañadas más fácilmente. En su trabajo ellos reportan una prevalencia de Estomatitis Subprótesis de un 40% en personas entre 50 a 65 años de edad, presentando un predominio en el género femenino con una relación de 4:1 ⁽³⁴⁾. Por su parte la Dra. Francisco Local A. Y colaboradores en un estudio realizado en la Parroquia El Guapo, Municipio Páez, Estado Miranda, en Venezuela, al analizar la distribución de los pacientes con Estomatitis Subprótesis según edad y sexo apreció que el grupo de 35 a 59 años presentó la mayor frecuencia de afectación y que en todos los grupos de edades hubo un predominio de afectación del sexo femenino ⁽³⁵⁾.

Los resultados obtenidos se acercan a los de Herrera IB ⁽²¹⁾ y Noguera GA ⁽⁴³⁾. Quienes obtuvieron que después de la tercera década de la vida fuera más frecuente la Estomatitis Subprótesis. También se coincide con Espasadin González I. quien reporta un mayor número de afectados a medida que avanza la edad en ambos sexos ⁽⁴⁰⁾.

Los resultados de este trabajo coinciden también con los publicados por Camps I. En Santiago de Cuba quien plantea que el grupo más afectado es el de 60 y más años ⁽⁵⁾. No obstante, se discrepa con algunos autores consultados como Tan N. y colaboradores ⁽³⁹⁾, quienes encontraron una mayor afectación en el grupo de 35-44 años, con Moreira Díaz ⁽²⁴⁾ que reportó como grupo de edad más afectado el de 30-44 años y con García E. que halló que las edades más afectadas fueron las comprendidas entre 30-45 años y 46-60 años respectivamente ⁽¹⁸⁾.

Tabla 2. Clasificación de Estomatitis Subprotesis en los pacientes según grado clínico.

Estomatitis Subprotesis	No pacientes	%
Grado I	20	42.6
Grado II	27	57.4
Grado III	-	-
Total	47	100.0

En la tabla se aprecia que el 57.4 % de los pacientes presentaban Estomatitis Subprótesis grado II y el 42.6 % grado I.

Algunos autores como Ley Sifontes ⁽²⁾, Sagué GA ⁽⁵³⁾, Haggard K⁽⁵⁴⁾, y colaboradores, en sus trabajos realizados, encontraron que la presencia de Estomatitis Subprótesis fue alta y coinciden en que el grado II fue el de mayor frecuencia. Espasadin González I ⁽⁴⁵⁾, Brevis Azocar P ⁽⁴⁵⁾. Y Herrera LópezIB ⁽²¹⁾. Obtuvieron en sus estudios un predominio de los pacientes afectados por Estomatitis Subprótesis grado I, resultado diferente al encontrado en esta investigación en la que se encontró predominio del grado II.

Coureaux Rojas, L. y Col ⁽¹⁶⁾, en un estudio realizado a pacientes con Estomatitis Subprótesis tratados con Vimang®, encontraron que el 62,5% de la muestra fueron diagnosticados como grado II, seguido en orden de frecuencia por el grado I con un 20,8% y el grado III con 16,6% Similar resultado también obtuvo Nápoles González I ⁽²⁹⁾ al reportar que el grado de la lesión que predominó fue el grado II con 62 pacientes para un 55,35 %.

Tabla 3. Hábitos de higiene y uso de la prótesis

Hábitos	No	%
Adecuados	12	25.5
Inadecuados	35	74.5
Total	47	100.0

En la tabla se puede apreciar como el 74.5% de la población estudiada presentó hábitos inadecuados de higiene y uso de la prótesis, solamente 12 pacientes para un 25.5% retiraban el aparato para cepillarlo después de cada comida y realizaban la limpieza de la cavidad bucal, además de retirárselo para dormir, con previo cepillado de la cavidad bucal.

Al interrogar a los pacientes sobre la limpieza de la prótesis la mayoría refirió quitársela para cepillarlas con cepillo y pasta dental, 13 refirieron cepillar sólo las prótesis y enjuagarse la boca con agua, explicando este proceder por la ausencia de dientes, y 5 pacientes refirieron el uso de cloro para lavar las dentaduras artificiales. Contradictoriamente a lo referido al examen clínico en muchos casos se encontró restos de alimentos, placa dentobacteriana y sarro en los aparatos y en los dientes remanentes en caso de desdentados parciales. En cuanto al uso nocturno de la prótesis la mayoría no se las retiraba para dormir justificando con respuestas como “se me cae cuando me la voy a poner de nuevo”, “se me olvida”, “me acostumbré a dormir con ella”, entre otras, situaciones estas que reflejan que los pacientes no están conscientes de la importancia de retirar sus aparatos. También se indagó si en el momento de la instalación de las prótesis se les dieron indicaciones sobre su uso, higiene y cuidado a lo que la mayoría de ellos respondió positivamente. De esta manera, se percibió también falta de cooperación en cuanto a la importancia de retirar las prótesis para el descanso nocturno como una medida indispensable para lograr que la mucosa bucal reciba el descanso necesario ante los cambios hísticos que ésta provoca con el uso continuo.

En el agravamiento de la Estomatitis Subprótesis juegan un importante papel una serie de hábitos nocivos. Unos que con frecuencia han sido enunciados por varios autores son el uso continuado de la prótesis y la higiene bucal (29, 37, 48).

La práctica de usar la prótesis, incluso durante el sueño, provoca degeneración de las glándulas salivales y, a su vez, bloqueo mecánico de sus conductos excretores, lo cual disminuye la secreción salival y su ph, debido a que también disminuye la función buffer de la saliva; ésta se torna viscosa y favorece la acumulación de placa dentobacteriana y por tanto acúmulo de microorganismos. Por eso es muy importante la retirada nocturna de las prótesis para dejar descansar la mucosa cubierta por las

mismas durante el horario del sueño, con el fin de permitir que los tejidos bucales se oxigenen, se recuperen y proporcionar a la lengua y los labios la oportunidad de realizar la acción de autolimpieza; se plantea este horario para no afectar la apariencia estética del paciente. (29, 37, 48).

La mayoría de los autores y entre ellos se incluyen los de esta investigación consideran que el uso del o los aparatos protésicos, origina efectos de presión, tracción, empuje y frotamiento de la mucosa, convirtiéndose, de hecho, en factores de irritación mecánica, que pueden no ser soportados funcionalmente en dependencia de su magnitud, intensidad, duración y el factor de tolerancia de los tejidos, así como la calidad, el tipo y tiempo de uso de la rehabilitación protésica (37, 49).

Coincidiendo con los resultados de esta investigación referente a los pacientes encuestados con E.S según higiene de las prótesis Ley Sifontes en Camagüey (2) y Brevis Azocar en Brasil (45) plantearon que los pacientes con higiene deficiente de las prótesis fueron los más afectados; así como Gutiérrez C. (34) hace referencia en su investigación a la respuesta inflamatoria en la E.S y los aspectos relacionados con la higiene de las dentaduras. En un estudio hecho en Cuba en 6302 pacientes con Estomatitis Subprótesis se encontró que el 83,38% de los pacientes examinados dormían con las prótesis, destacando dos elementos en particular fundamentales en la etiología de la enfermedad que son el traumatismo crónico provocado por la prótesis sobre las mucosas y la infección de esta por un hongo y algunos tipos de bacterias(24).

Noguera GA (43). YFleitas AT (43). Observaron que el 54,2% de los pacientes con Estomatitis Subprótesis presentaron placa bacteriana en la prótesis, relacionada con una mala higiene oral coincidiendo con la literatura y con el autor de este trabajo en que la deficiencia en la higiene oral se considera como un factor etiológico importante de la Estomatitis Subprótesis, siendo probablemente la causa de mayor significado en la etiopatogenia de este proceso

Silva Contreras AM., en estudio realizado en Pinar del Río obtiene que la proporción de pacientes sanos que no duermen con las prótesis fuera dos veces mayor a la que se observa en los que duermen con ella. Los resultados de la investigación

demonstraron que el riesgo de padecer la Estomatitis Subprótesis aumentó en la medida que disminuyó la higiene bucal ⁽³⁸⁾.

En otros estudios, se observa que el grado de la lesión va aumentando a medida que la higiene disminuye y que una higiene deficiente es capaz de provocar irritaciones a los tejidos por la producción de ácidos a causa de la descomposición de los alimentos, lo que crea el medio propicio para la proliferación de microorganismos ^(38, 49-51).

Varios estudios prueban que las prótesis se colonizan por microorganismos y que prácticamente son un reservorio de estos formando una placa o película microbiológicamente activa. Esta placa es muy parecida a la que se forma en los dientes normales. Los conglomerados de placa que se encuentran en contacto con la mucosa bucal por un extenso período de tiempo producen toxinas muy irritantes que hacen que aparezcan las lesiones. Se conoce que esta película microbiana se adhiere a las prótesis en las zonas más porosas, infectando el acrílico de la prótesis y facilitando el desarrollo de gérmenes oportunistas como la *Cándida Albicans* ^(23, 24, 46).

Carreira Piloto V. y Almagro Urrutia ZE., en su estudio plantean que, con respecto al hábito de uso de las prótesis, de 100 pacientes estudiados, 75 presentaron uso continuo de estas, mientras que solo 25 tenían hábito de uso discontinuo ⁽⁴²⁾.

La falta de información adecuada y la presencia de información errónea sobre el uso de la prótesis parecen tener un efecto directo en el bienestar del paciente, pues en estudios de resultados similares relacionados con fallas en el uso de las prótesis y presencia de lesiones subprotésicas, los pacientes también han indicado no haber recibido las orientaciones necesarias. Estos resultados según criterios de estudiosos del tema y a los que se suman los autores del presente trabajo son de considerable importancia y muestran la necesidad de planificar e implementar intervenciones educativas que se correspondan con las necesidades reales y características particulares de la población estudiada, a través de un trabajo multidisciplinario para

proveer de información al paciente con necesidades protésicas en cuanto al uso y cuidado de las mismas y en cuanto a la importancia de mantener la salud bucal como parte de su salud integral ⁽⁴⁷⁾.

Tabla 4. Efectividad del tratamiento aplicado con VIMANG® de acuerdo al grado clínico de la enfermedad.

Efectividad del tratamiento.	Grado clínico de la enfermedad			
	Grado I		Grado II	
	No	%	No	%
De 3 -4 días	2	10.0	0	0
De 5-8 días	11	55.0	9	33.3
De 9-12 días	4	20.0	13	48.1
De 13-16 días	2	10.0	3	11.1
No efectivo	1	5.0	2	7.4
Total	20	100	27	100

En esta tabla se puede observar que el tratamiento muestra su efectividad a partir de los 7 u 8 días después de iniciado el tratamiento con un 55.0% de efectividad en pacientes con grado I, mientras que en el 48.1% de los pacientes con grado II fue más efectivo entre los 9-12 días. Fue necesario el tratamiento de 13-16 días al 10.0% de los pacientes con grado I y al 11.1% con grado II de la enfermedad. Dicho tratamiento no fue efectivo solamente en el 6.4% de los pacientes estudiados, a los cuales se les cambió el tratamiento después del periodo estipulado para lograr su curación. En el cual se lograron diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados obtenidos coinciden con Almagro Z. Carriera ⁽¹⁷⁾ en estudio realizado a pacientes tratados con ozonoterapia quien expone que a medida que aumenta la gravedad de las lesiones de los tejidos de la cavidad bucal el tratamiento se prolonga por más tiempo.

Coureaux Rojas, L. y Col ⁽¹⁶⁾ en Santiago de Cuba encontraron en sus estudios resultados muy similares a los del presente trabajo, logrando la cura o remisión de las lesiones de grado I y II en la totalidad de los pacientes a los que se les aplicó este tipo de tratamiento.

Tabla 5. Utilidad del VIMANG® según el grado clínico de la lesión.

Utilidad del Vimang	Grado clínico de la enfermedad			
	Grado I		Grado II	
	No	%	No	%
Útil	19	95.0	25	92.6
No útil	1	5.0	2	7.4
Total	20	100.0	27	100.0

En la tabla se demuestra como el VIMANG® resultó ser útil en la mayoría de los pacientes con Estomatitis Subprótesis. La utilidad de la terapia en los pacientes con grado I fue evaluada del 95.0% y con un 92.6% en los pacientes con grado II, no obstante, resulto no útil el 5.0% en los pacientes con grado I además del 7.4% en los que presentan grado II según grado clínico de la lesión.

Considero que los resultados obtenidos en cuanto a la remisión de los síntomas de la enfermedad demuestran una vez más el efecto analgésico, antiinflamatorio, inmunomodulador y antioxidante del VIMANG®, aunque en el caso de esta patología debe ser considerado coadyuvante y no sustituto del tratamiento convencional, ya que a pesar que las lesiones en la mayoría de los casos desaparecen más rápidamente con esta terapéutica, su evolución no difiere de manera extrema con respecto a la terapia convencional, no obstante no deja de ser el VIMANG® una opción de tratamiento de la Estomatitis Subprótesis inocua, y que disminuye el tiempo de espera para la rehabilitación protésica de estos pacientes ⁽¹⁴⁾.

Tabla 6. Reacciones adversas al tratamiento con VIMANG®.

Reacciones adversas	No	%
Sin reacción	47	100.0
Con reacción	—	—
Total	47	100.0

En la tabla se puede apreciar que a ningún paciente de la muestra estudiada presentó reacciones adversas al VIMANG®, los resultados obtenidos coinciden con la bibliografía consultada.

Estudios realizados, han demostrado que el VIMANG® es un producto natural que se usa en diferentes procedimientos estomatológicos, aspecto al que se suma la experiencia de los autores del trabajo en otras investigaciones realizadas ⁽¹¹⁻¹³⁾.

Sin lugar a dudas la Estomatología y el hombre son beneficiarios del uso del VIMANG® y su alcance indica un indetenible ascenso en la terapia que apuntan hacia la excelencia de los Servicios ⁽¹⁴⁾.

CONCLUSIONES

El sexo femenino y el grupo de 60 años y más, fueron los más afectados por la Estomatitis subprotesis con un predominio del grado II de la enfermedad. El mayor porcentaje de los pacientes afectados presentaba hábitos inadecuados del uso e higiene de la prótesis, los cuales acudieron de manera asintomática al Servicio. El VIMANG® resultó ser útil en la mayoría de los pacientes que se le aplicó el tratamiento, sin reportarse reacciones adversas mediante su uso.

RECOMENDACIONES

Divulgar los resultados obtenidos en esta investigación con el propósito de generalizar el uso del VIMANG® en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Nápoles González I, Díaz Gómez S, Puig Capotell E, Casanova Rivero Y. Prevalencia de la estomatitis subprótesis. Archivo Médico Camagüey [serie en Internet] 2011 [citado 10 de jun del 2017]; 13(1): [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/htm>.
2. Ley Sifontes L, Silva Martínez Y, Dra. Martín Reyes O, Paz Latorre E, Landrián Díaz C. Comportamiento de la estomatitis subprótesis Archivo Médico Camagüey [serie en Internet] 2010 [citado 13 de jun del 2017]; 14(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=211116130009>.
3. 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 [serie en Internet] 2003 [citado 14 de ene del 2016]; 7(5): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2012/v7supl1/674.htm>.
4. Ley Sifontes L, Silva Martínez Y, Martín Reyes O, Paz Latorre E I, Landrián Díaz C. Eficacia del aceite de girasol ozonizado en el tratamiento de la estomatitis subprótesis grado I y II. AMC. 2008 [citado 23 jun 2018]; 12(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
5. CampsMullines I, Corona Carpio MH, Medina Maglucen C, Bruzón Varona C, Ibáñez Castillo MC. Eficacia de la crema de aloe al 25 % en la estomatitis subprotésica grado II. Rev Cubana Estomatol. [Serie en internet]. 2012 [citado 27 abr 2018]; 44 (3): [aprox. 12 p.] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
6. Díaz Martell Y, Martell Forte IC, Zamora Díaz JD. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Rev Cubana Estomatol. 2007 [citado 23 Feb 2018]; 44(3). Disponible en: <http://bvs.sld.cu>.
7. Del Valle Zelenenko O. Factores de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal del adulto mayor portador de prótesis total. Publicado en formato electrónico CD del Congreso Internacional Estomatología. 2011. ISBN 959-164-3-7.

8. García López E., Roche Martínez A., Blanco Ruiz AO et al. La ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. [online]. [Citado 7 dic. 2017]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
9. Colectivo de autores. Guías Prácticas Clínicas de Enfermedades Gingivales y Periodontales. En: Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2011. p. 195-260.
10. Núñez-Sellés A, Vélez-Castro H, Agüero-Agüero J, Gonzáles-Gonzáles J, Naddeo F, De Simone F, et al. Isolation and quantitative analysis of phenolics constituents, free sugars, fatty acids and polyols from mango (*Mangifera indica* L) stem bark aqueous decoction used in Cuba as nutritional supplement. *J Agric Food Chem*. 2013; 50:762-6
11. Del Toro Gámez, Y. y Col. Eficacia del extracto fluido de Vimang® en el tratamiento de pacientes con alveolitis. Santiago de Cuba, Cuba. *Medisan* [Internet]. 2014; 18 (9):1187.
12. Escobar Aedo, AL y Col. Efecto de la suplementación con Vimang® sobre indicadores de estrés oxidativo en jóvenes con diabetes mellitus tipo 1. *Revista Cubana de Endocrinología*. 2011; 22 (2):103-117. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
13. Rodríguez Hung, AM. Y Col. Eficacia de la crema Vimang® en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente. Santiago de Cuba, Cuba. *Medisan* [Internet]. 2012; 16 (5): 710.
14. Martínez Sánchez G, Delgado Hernández R. Vimang. Nuevo producto natural. Ministerio de Salud Pública. Ciudad de La Habana; 2003. pp. 3-40.
15. Garrido G, Gonzáles D, Lemus Y, García D, Lodeiro L, Quintero G, et al. In vivo and in vitro anti-inflammatory activity of *Mangifera indica* L. Extract (Vimang) and mangiferina. *Pharm Res*. 2004; 50:143-9.
16. Coureaux Rojas, L. y Col. Eficacia del tratamiento tópico con Vimang® en pacientes con estomatitis subprótesis. Santiago de Cuba, Cuba. 2013. .[citada: 15 de abril del 2018] Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029...
17. Almagro Z. Carriera. Estomatitis sub-prótesis en pacientes desdentados

- totales. Rev Cubana Estomatol 2014; 37(3):133. [citada: 18 de abril del 2017].
 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200004
18. García López, E., Roche Martínez, A., Blanco Ruiz AO., Rodríguez García LO. La ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis en la Clínica Estomatológica del área de la salud Policlínico "9 de Abril" [en internet]. 2011, La Habana [citado 18 abril 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200004.
 19. Martínez Abreu, Judit, T. Weisser, Mark. Seguridad durante el tratamiento con ozono en el consultorio dental, [citada: 13 de agosto de 2018], Matanzas, Cuba.
 20. Murillo O. M. Envejecimiento bucodental. Anales en Gerontología, N.º 6 / 59-67, 2010 ISSN: 1659-0813.
 21. Herrera IB, Osorio M. Revisión bibliográfica sobre estomatitis subprótesis. Rev Habanera CiencMéd [Internet]. 2015 [citado 6 Sep 2017]; 4(3): [aprox. 17p.]. Disponible en: <http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulorev14/estomatitisubprot.htm>.
 22. Nápoles IJ, Díaz SM, Puig E, Espeso N. La candidiasis en pacientes con estomatitis subprótesis. ArchMéd Camagüey [Internet]. 2010 [citado 14 Oct 2017]; 12(6): [aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n6/Index.html>.
 23. Cardozo de Pardi E I, Pardi G. Mecanismo de defensa del hospedero en estomatitis subprotésica inducida por cándida. Acta OdontolVenez. [Serie en Internet] 2009 [citado 14 de may del 2018]; 40(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.actaodontológica.com/40-3-2002/41.asp>.
 24. Moreira Díaz EE. La estomatitis subprótesis. ¿Qué es y cómo prevenirla? Copyright (c) 2011, Disponible en: dentistaenlared@gmail.com.
 25. MINSAP. Formulario Nacional de Medicamentos. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2006. p. 76-159.
 26. Estomatitis sub-prótesis [Biblioteca virtual en línea]

- www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/.pdf [consulta: 15 noviembre 2016].
27. Nápoles IJ, Barciela J, Cabrera N, Puig E. Eficacia del tratamiento homeopático en la estomatitis subprótesis. ArchMéd Camagüey [Internet]. 15 2008 [citado 14 Sep 2017]; 12(5): [aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n5/amc07508.htm>.
 28. Ramos M, Hidalgo S, Rodríguez M, Lorenzo G. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis parciales. ArchMéd Camagüey [Internet]. 2010 [citado 17 Oct 2018]; 9(5): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n5/2073.htm>.
 29. Nápoles González IJ, Díaz Gómez SM, Puig Capote E, Casanova Rivero Y. Prevalencia de la estomatitis subprótesis. AMC. 2009 [citado 11 Jul 2013]; 13(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf>.
 30. Castillo Santiesteban Y, Gutiérrez Segura M, Machado Cuayo M, González Arévalo E. Afecciones de la mucosa oral en pacientes geriátricos portadores de prótesis de la Clínica Artemio Mastrapa de Holguín. CCM 2013; (1) Supl 1. Disponible en: ycastillo@cristal.hlg.sld.cu.
 31. Rodríguez V, Arellano I, Zambrano R, Roldán MT. Lesiones de los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de dentaduras totales. Los Nevados, Estado Mérida. RevOdontol de los Andes: 2(1). Ene-Jun 2011: Mérida-Venezuela.
 32. Sánchez Iturriaga ME, Reyes Romagosa DE, Arias Tardón R, Rondón Martín A. Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis Removibles MEDISAN 2013; 17(11):8057-60.
 33. Lemus Cruz LM, Triana K, Del Valle Selenenko O, Fuertes Rufín L, Sáez Carriera R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Rev Cubana Estomatol. 2009 [citado 14 Jul 2018]; 46(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
 34. Gutiérrez C; Medina L; Sanchez M; Cornejo L, Zambrano ME. Estomatitis Subprotésica en Pacientes de la IX Región, Chile. Int. J. Odontostomat. 7 (2): Temuco ago. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org>.
 35. Francisco Local AM, González Beriau Y, Vázquez de León AG. Estomatitis

- subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. *Medisur*; 7(1), 2010.
36. Benjamín, José. ¿Qué es la Ozonoterapia? Madrid [Internet] [consulta: 9 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.prodmedica.com/ozono.html>
 37. Expósito Sánchez, J; González Olazabal, M; Ruiz Calabuch, H. Factores de riesgos de la estomatitis subprótesis en los pacientes del municipio de Taguasco: 2008-2009. *Gacmédespirit*; 12(2), mayo-ago. 2010.
 38. Silva Contreras, AM; Cardentey García, J; Silva Contreras, AM; Crepo Palacios, CL; Paredes Suárez, MC. Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al policlínico Raúl Sánchez. *RevCiencMéd Pinar Río*; 16(5), oct. 2015.
 39. Tan N, Hidalgo CR, Tan NT, Rodríguez GM, Mulet M. Eficacia del tratamiento homeopático en la alveolitis dental. *ArchMéd Camagüey* [Internet]. 2012 [citado 14 Dic 2016]; 11(2): [aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/webhosting.htm>.
 40. Espasadin González, Martines Toledo G, Reyes Seconz O, Díaz Viera R. Estomatitis Subprotésica en pacientes con prótesis de más de dos años de uso. *MEDISAN* 2013; 18(10):8165.
 41. Lazarde Y. Estomatitis subprótesis. *Acta OdontolVenez* 2010; 39(3):9-17.
 42. Carreira Piloto V; Amagro Urrutia ZE. La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. *Multimed* 3(3) 99 [Internet]. 2010 [citado 25 de Junio de 2017]; 12(18): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/amc/v7n2/672.htm>
 43. Noguera GA, Fleitas AT. Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales. *RevOdontol Los Andes* [Internet]. 2006 [citado 14 Oct 2017]; 1(1): [aprox. 27 p.]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=47031&id_seccion=2994&id_ejemplar=4762&id_revista=177
 44. Budtz-Jorgensen E, Theilade E, Theilade J. Quantitative relationship between yeasts and bacterial in denture induced stomatitis. *ScandinavianJournal of Dental Research*. 1983; (91):134-142.

45. Brevis Azocar P., CancinoMarchart J., Cantín López M. Estomatitis Subprotésica: estudio clínico y microbiológico de Cándida. *Int J. odontostomat* [Internet]. 2013 [citado 15 Abr 2017]; 2(1):101-8 Disponible en: [http://www.ijodontostomat.com/pdf.2\(1\)/Estomatitis.pdf](http://www.ijodontostomat.com/pdf.2(1)/Estomatitis.pdf)
46. García Rodríguez, Beatriz; Romero Junquera, Carlos Rafael. Estomatitis subprótesis en mayores de 40 años del Hogar de ancianos Jesús Menéndez de Holguín. *Correo CientMéd Holguín*; 16 (3), 2012. ^bgraf, ^btab.
47. Belandria A, Perdomo B. Uso, cuidados y estado de prótesis removibles en una población rural dispersa. *Rev odontol de los Andes*;2(2) Mérida-Venezuela Jul-Dic 2011.
48. Coco BJ, Bagg J, Cross LJ, Jose A, Cross J, Ramage G. Mixed *Candida albicans* and *Candida glabrata* populations associated with the pathogenesis of denture stomatitis. *OralMicrobiolImmunol*. [Internet]. 2008 Oct [Citado 1 de enero de 2018]; 23(5): [Aprox. 6p.]. [citada: 13 de abril del 2018] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18793360>.
49. Pérez Sánchez F. Frecuencia y comportamiento de la Estomatitis Subprótesis en portadores de prótesis atendidos en la Clínica Estomatológica "Ernesto Guevara" [Tesis]. Las Tunas: ClínicaEstomatológica Ernesto Guevara; 2006.
50. Al-Dwairi ZN. Prevalence and risk factors associated with denture-related stomatitis in healthy subjects attending a dental teaching hospital in North Jordan. *J DentAssoc*. [Internet]. 2008 Apr-May [citado 1 de enero de 2018]; 54(2): [Aprox. 3p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18578384>.
51. Pereira Cenci T, Del Bel Cury AA, Crielaard W, Ten Cate JM. Review Development of *Candida*-associated denture stomatitis: new insights. *J Appl Oral Sci*. [Internet]. 2008 Mar-Apr [Citado 1 de enero de 2017]; 16(2): [Aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19089197>
52. Ship JA, Pillemer SR, Baum BJ. Xerostomia in the geriatric patient. *J Am Geriatr Soc*.2012; 50(3):535-43.
53. Sagué GA, Castañeda M. Eficacia de la tintura de caléndula al 20% en el tratamiento de la estomatitis Subprótesis grado I. *Rev Cubana Estomatol*

- [Internet]. 2006 [citado 21 Dic 2018]; 44 (3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/casos/part/GSS/GSS01/gss01.htm>
54. Haggard K, Arvelo B, Genovo P. Recomendaciones para la limpieza de prótesis removible. Acta OdontolVenez [Internet]. 2005 [citado 26 Abr 2017]; 55(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://www.elcov.org1tra BPV_855-5.htm.
 55. Fernández González, Liz Olga. Tratamiento de la Estomatitis Subprótesis con láser de Arsenuro de Galio y Aluminio en la Clínica Estomatológica Docente [Tesis]. Ciego de Ávila. Clínica Estomatológica Docente Ciego de Ávila, 2014.
 56. Marcia Colás-Costa, Febe Rosell-Sarmiento. La efectividad del Oleozón en el tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente en el Policlínico Universitario "Omar RenedoPubillones", Guantánamo, Cuba. 2013 [citado 12 jul. 2018]. Disponible en: <http://cienciagtmo.idict.cu>
 57. Flores Abuná, Gabriel. Tratamiento de la Estomatitis Protésica. Facultad de Odontología UMSA. Rev. Act. Clin. Med [online]. 2012, vol.24, pp. 1186-1188. ISSN 2304-3768. [citada: 21 de Marzo del 2017] Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000900012&script=sci_abstract

ANEXOS**Anexo 1: MODELO DEL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE POR ESCRITO.**

Nombre del paciente: _____

Declaro que:

Se me ha solicitado participar en el estudio de referencia, durante el cual será realizado un proceder médico de investigación. Antes de dar mi consentimiento firmando en este documento, fui informado por el autor de la investigación del contenido y el alcance del proyecto, de sus beneficios y posibles efectos, así como de sus inconvenientes, que pueden presentarse, de los propósitos del mencionado estudio y de la metodología con que va a ser llevado a cabo el mismo. La colaboración voluntaria puedo suspenderla en cualquier momento que lo desee sin que por ello conlleve algún tipo de agravio por parte del personal involucrado en mi atención.

También se me ha informado que, para mi protección en el desarrollo del estudio, dispondré de la asistencia médica y sanitaria adecuada, de los tratamientos complementarios que necesite, además de que se tomarán las medidas apropiadas para que el estudio se encuentre debidamente controlado.

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Firma del investigador: _____

Anexo 2: CUESTIONARIO DE DATOS PRIMARIOS

Objetivo: Caracterizar los pacientes según edad, sexo, hábitos de uso e higiene de la prótesis.

Consigna: En el Policlínico Julio Castillo de Chambas se realiza una investigación para Evaluar la aplicación del VIMANG® como tratamiento alternativo en pacientes con Estomatitis Subprótesis. El equipo de investigadores les garantiza discreción con la información que aporte y a su vez le agradece su contribución y el tiempo dedicado. Muchas gracias.

Nombre del paciente:

1. Edad:

- Menor de 19 años _____
- De 19-34 años _____
- De 35-59 años _____
- De 60 años y más _____

2. Sexo:

- Masculino _____
- Femenino _____

3. Tipo de Estomatitis Subprótesis

- Grado I _____
- Grado II _____
- Grado III _____

4. Hábitos de higiene y uso de la prótesis:

- Adecuados _____
- Inadecuados _____

5. Evolución clínica del paciente al décimo- sexto día de iniciado el tratamiento:

- Curado _____ Empeorado _____
- Mejorado _____ Igual _____

6. Efectividad del tratamiento con VIMANG®:

	Días de tratamiento															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Curado																

- Tratamiento efectivo ____ Tratamiento no efectivo ____

A llenar por el investigador:

7. Utilidad del VIMANG®:

- Útil ____
- No util ____

8. Reacciones adversas al VIMANG®.

- Con reacción adversa ____
- Sin reacción adversa ____