Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología

Prevalencia de lesiones paraprotésicas postratamiento de prótesis en pacientes atendidos en la Clínica de Pregrado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Arturo Amadeo DIAZ MAYTA

ASESOR

Jaime Alberto SÁNCHEZ GARCÍA

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Diaz A. Prevalencia de lesiones paraprotésicas postratamiento de prótesis en pacientes atendidos en la Clínica de Pregrado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Arturo Amadeo Diaz Mayta
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	75536394
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6735-5338
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Jaime Alberto Sánchez García
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08256304
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-0211-2554
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Fernando Alfonso Ortiz Culca
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	**07747839**
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Sixto Grados Pomarino
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	**06754227**
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica

Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Lugar: Universidad Nacional Mayor de San Marcos País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Cercado de Lima Latitud: -12.05579249400621 Longitud: -77.08463599751381
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 - 2026
URL de disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL

A C T A DE SUSTENTACIÓN PRESENCIAL N.º 033/FO-EPO/2026

Los Docentes que suscriben, reunidos el 16 de julio de 2026 en la ciudad de Lima, siendo las 09:30 horas, por encargo de la Señora Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista del Bachiller:

ARTURO AMADEO DIAZ MAYTA

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis **«PREVALENCIA DE LESIONES PARAPROTÉSICAS POSTRATAMIENTO DE PRÓTESIS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE PREGRADO DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS»** y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demostró un grado de aprovechamiento:

SOBRESALIENTE
(escala)

Siendo calificado con un promedio de: DIECIOCHO (en letras) 18 (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los dieciséis días del mes de julio del año dos mil veintiséis.

PRESIDENTE DEL JURADO

Dr. Fernando Alfonso Ortiz Culca

MIEMBRO SECRETARIO

Mg. Sixto Grados Pomarino

MIEMBRO VOCAL (ASESOR)

C.D. Jaime Alberto Sánchez García

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 o menos)
Criterios: Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, CD. Jaime Alberto SANCHEZ GARCIA en mi condición de asesor acreditado con el

DICTAMEN N° 000029-2026-EPO-FO/UNMSM de la tesis, cuyo título es:

"Prevalencia de lesiones paraprotésicas postratamiento de prótesis en pacientes atendidos en la Clínica de Pregrado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos"

presentado por el bachiller Arturo Amadeo Diaz Mayta, para optar el título profesional de CIRUJANO DENTISTA, CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 14% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título profesional de CIRUJANO DENTISTA

Lima, 17 de octubre de 2026



Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: CD. Jaime Alberto SANCHEZ GARCIA
DNI: 08256304

* Según corresponda: título profesional

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

DEDICATORIA

A mi pequeño hermano Marco Antonio, quien hoy me observa desde lo más alto del cielo. Aunque ya no estés físicamente a mi lado, sé que compartes conmigo cada paso y cada logro alcanzado. Esta meta también lleva tu nombre y tu recuerdo vivirá siempre en mi corazón.

A mis padres, por su amor incondicional, su esfuerzo incansable y por enseñarme que la perseverancia y la humildad son el camino para alcanzar los sueños. Gracias por creer en mí incluso en los momentos más difíciles.

A mi hermana, por su cariño, apoyo y por estar siempre presente acompañándome en cada etapa de este camino.

A mi novia, Kiyomi, por caminar a mi lado con paciencia, comprensión y amor. Gracias por ser mi refugio en los días de cansancio, por celebrar cada pequeño avance y recordarme siempre que todo esfuerzo tiene su recompensa.

A mis docentes y amigos, quienes, con sus enseñanzas, consejos y experiencias, contribuyeron a mi formación profesional y personal. Gracias por compartir sus conocimientos e inspirarme a seguir aprendiendo cada día.

RESUMEN

Las lesiones paraprotésicas constituyen una complicación frecuente asociada al uso de prótesis dentales, comprometiendo los tejidos de soporte. El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de lesiones paraprotésicas postratamiento de prótesis en pacientes atendidos en la Clínica de Pregrado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La unidad de análisis estuvo conformada por 122 prótesis dentales confeccionadas durante los años 2023 y 2024, evaluadas mediante los registros de control postratamiento de las historias clínicas. Los datos fueron procesados con SPSS versión 27 mediante estadística descriptiva.

La prevalencia de lesiones paraprotésicas fue de 23,8%. La estomatitis subprotésica fue la lesión más frecuente (79,3%), seguida de la úlcera traumática (20,7%). Las prótesis removibles totales presentaron mayor prevalencia de lesiones que las parciales (30,4% y 22,2%, respectivamente), y las prótesis mandibulares mostraron mayor prevalencia que las maxilares (30,2% y 16,9%). No se observaron diferencias relevantes según la condición sistémica; asimismo, la mayor prevalencia se registró en el desdentado completo y en las clases II y I de Kennedy.

Se concluye que aproximadamente una de cada cuatro prótesis evaluadas presentó lesiones paraprotésicas postratamiento, predominando la estomatitis subprotésica. Estos hallazgos resaltan la importancia del seguimiento clínico postratamiento para la detección temprana y el manejo oportuno de estas alteraciones.

Palabras clave: Lesiones paraprotésicas; Estomatitis subprotésica; Prótesis dental removible; Prevalencia; Rehabilitación oral.

ABSTRACT

Paraprosthetic lesions are a common complication associated with the use of dental prostheses, compromising the integrity of the supporting tissues. The aim of this study was to determine the prevalence of post-treatment paraprosthetic lesions in patients treated at the Undergraduate Dental Clinic of the Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

A quantitative, observational, descriptive, retrospective, and cross-sectional study was conducted. The unit of analysis consisted of 122 dental prostheses fabricated during 2023 and 2024, evaluated through post-treatment follow-up records documented in the patients' clinical records. Data were processed using IBM SPSS Statistics version 27 through descriptive statistical analysis.

The prevalence of paraprosthetic lesions was 23.8%. Denture stomatitis was the most frequent lesion (79.3%), followed by traumatic ulcer (20.7%). Complete removable dentures showed a higher prevalence of lesions than removable partial dentures (30.4% and 22.2%, respectively), while mandibular prostheses showed a higher prevalence than maxillary prostheses (30.2% and 16.9%, respectively). No relevant differences were observed according to systemic condition. Likewise, the highest prevalence was found in completely edentulous patients and in Kennedy Class II and Class I.

It is concluded that approximately one out of every four prostheses evaluated presented post-treatment paraprosthetic lesions, with denture stomatitis being the predominant lesion. These findings highlight the importance of post-treatment follow-up for the early detection and timely management of these alterations.

Keywords: Paraprosthetic lesions; Denture stomatitis; Removable dental prosthesis; Prevalence; Oral rehabilitation.

INDICE

I. TITULO DEL PROYECTO 7
II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 8
2.1 Área Problema. 8
2.2 Delimitación del Problema 9
2.3 Formulación de Problema 9
2.4 Objetivos de la investigación 10
2.5 Justificación 10
III. MARCO TEÓRICO 12
3.1 Antecedentes 12
3.1.1 Antecedentes Nacionales 12
3.1.2 Antecedentes Internacionales 14
3.2 Bases teóricas 18
3.2.1 Desdentado 18
3.2.2 Causas de la pérdida dentaria 18
3.2.3 Consecuencias del desdentado en el reborde residual óseo. 19
3.2.4 Mucosa bucal 19
3.2.5 Consecuencias del desdentado en la mucosa bucal. 21
3.2.6 Clasificación de los desdentados parciales. 21
3.2.7 Tratamiento de paciente desdentado 22
3.2.8 Rehabilitación bucal a través de la prostodoncia. 23
3.2.9 Lesiones bucales como causa de prótesis dental 24
a) Estomatitis subprotésica 24
b) Úlcera traumática: 25
c) Queilitis comisural: 25
3.2.10 Lesiones paraprotésicas 25
3.2.11 Control postratamiento de prótesis dental 26
3.3 Operacionalización de variables 27
IV. DISEÑO METODOLÓGICO 28
4.1 Tipo de investigación: 28
4.2 Población y muestra: 28
4.2.1 Población 28
4.2.2 Muestra 28
4.2.3 Unidad de análisis 29

4.2.4 Criterio de inclusión 29
4.2.5 Criterio de exclusión. 30
4.3 Procedimiento y técnicas de recolección de datos. 30
4.3.1 Procedimiento 30
4.3.2 Técnica de recolección de datos 30
4.3.3 Instrumentos de recolección de datos 31
4.4 Análisis de resultados. 31
V. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS 32
5.1 Recursos 32
5.2 Presupuesto 32
5.3 Financiación 32
VI. RESULTADOS 33
VII. DISCUSIÓN 39
VIII. LIMITACIONES 42
IX. CONCLUSIONES 43
X. RECOMENDACIONES 44
XI. BIBLIOGRAFÍA 45
XII. ANEXOS 50
ANEXO 1. 50
ANEXO 2. 51
ANEXO 3. 53

I. TITULO DEL PROYECTO

Prevalencia de lesiones paraprotésicas postratamiento de prótesis en pacientes atendidos en la Clínica de Pregrado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Área Problema.

La población desdentada en América Latina, según un estudio epidemiológico realizado en 10 países de la región, muestran una prevalencia de hasta 81.7% de desdentados en adultos mayores, siendo un fenómeno que no se limita a la población geriátrica, el cual representa un porcentaje importante de los adultos mayores a 60 años con diagnóstico de desdentado total, cuya prevalencia es del 12% hasta el 79.5% y los pacientes con diagnóstico de desdentado parcial, tuvieron una prevalencia mayoritaria en todas las investigaciones (1). La pérdida de múltiples dientes o en su totalidad de dientes, es considerada desdentado y representa una disminución en la calidad de vida del individuo, siendo esta una afección irreversible, las causas principalmente son caries dental, enfermedad periodontal y traumatismo, lo cual afecta la función masticatoria, fonética, estética facial y en casos de pérdida total de todos los dientes, la estabilidad oclusal (2,3). Los arcos parcialmente desdentados puede ser clasificada según Kennedy en clase 1: extensión distal bilateral, clase 2: extensión distal unilateral, clase 3: extensión mesial bilateral, clase 4: extensión mesial unilateral (4). Estos tipos de desdentados son resueltos mediante rehabilitación protésica, aparatología de remplazo ampliamente utilizada para sustituir la pérdida de dientes parcial o total, devolviendo parcialmente la función masticatoria, fonética, estabilidad mandibular y estética facial (5,6). Las prótesis dentales pueden estar soportadas por tejido blando y tejido duro en zonas desdentadas amplias o extremos libres, o soportadas por piezas dentales a través de apoyos oclusales para distribuir las fuerzas de oclusión, si bien genera beneficios de recuperar parcialmente las funciones estomatológicas, no se encuentra exenta de propiciar daños a los tejidos blandos, relacionado a la susceptibilidad de los tejidos, al incorrecto estilo de vida o al proceso natural de reabsorción ósea de los huesos de la cavidad bucal desadaptando las prótesis, que dan paso a la aparición de lesiones de la mucosa, siendo las prótesis parcial removibles el mayor valor de prevalencia

sobre la aparición de lesiones bucales (7).

2.2 Delimitación del Problema

Las lesiones de boca causadas por prótesis dental son consideradas paraprotésicas (8). Tienen punto de inicio en una incorrecta confección, estar desajustada o en mal estado, condiciones que propician daños a los tejidos de soporte causando irritación a la mucosa, isquemia, lesiones visibles y dolor, afectando a la salud de las personas, dichas lesiones vistas en prótesis de bases metálicas y la prótesis total con una mala distribución de fuerzas, causan un daño tisular por traumatismo mecánico o irritación crónica de la mucosa de soporte, cuya continuidad desemboca en lesiones como estomatitis subprotésica, úlcera traumática, épulis fisurado, queilitis comisural, queilitis angular (7). Estudios evidenciaron que existe un alto porcentaje de lesiones en la mucosa e inestabilidad de las prótesis, siendo la mayoría de las lesiones subprotésica causadas por prótesis mal adaptadas, inestabilidad de la aparatología, mal confeccionadas y un mal hábito de higiene oral (2,9). La descripción de las lesiones paraprotésicas según el tipo de desdentado vistas en los controles postratamiento y características clínicas sistémicas permitirá explorar posibles asociaciones con las condiciones protésicas más comunes, a partir de los datos recopilados en las historias clínicas.

Por lo señalado se formula el siguiente problema

2.3 Formulación de Problema

¿Cuáles son las lesiones paraprotésicas postratamiento de prótesis en pacientes atendidos en la Clínica de Pregrado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos?

2.4 Objetivos de la investigación

O. General.

Determinar las lesiones paraprotésicas postratamiento de prótesis más prevalentes en pacientes atendidos en la Clínica de Pregrado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

O. Específicos.

- Determinar la prevalencia de lesiones paraprotésicas postratamiento según el tipo de desdentado
- Determinar la prevalencia de lesiones paraprotésicas postratamiento según el tipo de prótesis confeccionadas.
- Determinar la prevalencia de lesiones paraprotésicas postratamiento según las características clínicas sistémicas.
- Determinar la prevalencia de lesiones paraprotésicas postratamiento según su ubicación en el maxilar o la mandíbula.

2.5 Justificación

La atención de pacientes con necesidad de prótesis parcial removibles es una práctica común en la atención odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, sin embargo, el seguimiento postratamiento de estos pacientes no siempre se realiza, lo que limita la identificación oportuna de complicaciones asociadas al uso de dichas prótesis. Entre estas complicaciones, las lesiones paraprotésicas representan el mayor de las problemáticas y puede comprometer el considerar un éxito el tratamiento protésico.

En este contexto, el presente estudio se justifica en la necesidad de evidenciar la prevalencia de lesiones paraprotésicas postratamiento de prótesis removibles (parcial y total), para lo cual

se diseñó una ficha de control, complementaria al control pos-instalación presente en la historia clínica de Clínica Integrada V y VI, lo que permitiría una recolección de datos más específica y detallada que pueden ser empleados en tratados de investigación con las variables mencionadas. En este sentido, este estudio constituye un aporte valioso para la mejora de los protocolos de seguimiento clínico, fomentando una atención más integral y basada en evidencia para los pacientes rehabilitados con prótesis removibles.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

3.1.1 Antecedentes Nacionales

Amoroto Puitiza (2025) En su estudio realizado en Ancash evaluó la prevalencia de lesiones bucales en 100 pacientes portadores de prótesis removibles y fijas, atendidos en la clínica odontológica de ULADECH. A través de la observación clínica y una ficha de registro, concluyó que el 66,94% de los pacientes presentaban lesiones bucales, siendo la estomatitis subprotésica la más frecuente en quienes usaban prótesis removibles, el sexo no fue significativo, además de evidenciar la ausencia de controles postratamiento (10).

Melany Rodriguez T. (2023) Este estudio que tiene como objetivo determinar la prevalencia de alteraciones bucales en desdentados totales y parciales atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos entre 2017 y 2019. Fue un estudio Observacional transversal descriptivo. Se analizó los expedientes clínicos de 146 pacientes. Concluyendo que la prevalencia de alteraciones bucales fue baja (19.86%), la prevalencia de estomatitis subplaca en pacientes portadores fue alta (66.4%), siendo el mayor porcentaje en el grupo etario de 60 años a más (11).

Vergara Núñez et al. (2022) En un estudio realizado en Áncash, evaluaron la prevalencia de lesiones en la mucosa oral en pacientes portadores de prótesis parcial removible atendidos en una clínica del distrito de Chimbote. La muestra estuvo conformada por 105 pacientes, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando una ficha de recolección de datos. Se determinó que el 48,6% de los pacientes presentaban al menos una lesión en la mucosa oral, mientras que el 51,4% no presentó ningún tipo de lesión (12).

Amaranto Tolentino et al. (2020) En un estudio realizado en Áncash, evaluaron la prevalencia de lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis parcial removible atendidos en el Centro Médico de Coishco – ESSALUD. Se analizaron 79 pacientes, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando una ficha de recolección de datos. Se halló una prevalencia de lesiones bucales del 38%, con una mayor frecuencia en varones (25,4%), y el grupo etario con más casos fue el de 61 a 70 años (22,7%). Los autores concluyeron que existe una diferencia significativa en la presencia de lesiones según sexo y edad (13).

Ruiz Luis (2017) En Trujillo, determinó la prevalencia de lesiones en la mucosa oral en pacientes portadores de prótesis parcial removible. Se evaluó a una población de 73 pacientes atendidos en un hospital nacional, utilizando una hoja de recolección de datos para describir el tipo de lesión presente. Se encontró que el 30,3% de los pacientes presentaban algún tipo de lesión oral, siendo la queilitis angular la más frecuente (19,18%), seguida de la estomatitis subprotésica (17,81%). No se halló relación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones y variables como el sexo o la edad de los pacientes (14).

Lozano Bellido (2016) En Lima, evaluó la presencia de lesiones bucales asociadas al uso de prótesis completa en pacientes adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores. La muestra estuvo conformada por 40 pacientes, entre 60 y 85 años, portadores de prótesis total acrílica, seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Se encontró que el 85% de los pacientes presentaban lesiones bucales relacionadas con el uso de la prótesis, siendo la estomatitis subprotésica la lesión más frecuente (75%), seguida de la hiperplasia fibrosa (30%). Además, el 87,5% de los casos se presentó en mujeres. Se halló una relación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones bucales y factores locales como la higiene y el estado de conservación de la prótesis ($p < 0,05$) (15).

Tania Ugarte et al. (2016) en Cajamarca, evaluó la prevalencia de lesiones bucales relacionadas con el uso de prótesis parcial removible en una población de Cochabamba. La muestra estuvo conformada por 51 pacientes, cuyas edades oscilaron entre los 38 y 92 años. Los resultados evidenciaron que las lesiones paraprotésicas más frecuentes fueron la estomatitis subprotésica (49%) y el épulis fisurado (27,5%). Estas lesiones se presentaron en el 32,5% de los pacientes portadores de prótesis de base acrílica y en el 16,9% de aquellos con prótesis de base cromo-cobalto. Además, se observó una mayor prevalencia en el sexo femenino, con un 63,3% de los casos (9).

Del Pilar, Cinthya et al. (2015) en Lima, se evaluó el estado de conservación de las prótesis y la presencia de lesiones en mucosas de 50 pacientes adultos mayores de 60 años, portadores de prótesis parciales removibles (PPR). A través de un examen clínico odontológico y una ficha de recolección de datos, se registraron aspectos como la retención, estabilidad e integridad del aparato protésico para determinar su estado de conservación. Mostraron que de las lesiones bucales, el 34% presentaba estomatitis subprotésica, siendo esta la única lesión oral registrada. Los autores concluyeron que no se pudo establecer una relación directa entre el estado de conservación de la prótesis y la presencia de lesiones, ya que la mayoría de los portadores de PPR no presentaban alteraciones en las mucosas (16).

3.1.2 Antecedentes Internacionales

Liceth Ramos Diaz et al. (2023). En Colombia realizó un análisis en 30 pacientes, donde se llevó a cabo un cuestionario en línea, examen físico de la cavidad oral y biopsia en los diagnósticos presuntivos. Demostraron que la mayor prevalencia de lesiones bucales asociado a prótesis dental corresponde a estomatitis subprotésica, presente en 56,7% de los casos

estudiados, siendo el maxilar superior donde se localizan con mayor frecuencia 60%. Además, determinaron que el tipo de prótesis usado en el maxilar superior es 70% de pacientes portadores de prótesis total removible y en el maxilar inferior el 33,3% emplean prótesis parcial removible. Concluyendo que 73.3% de los participantes presentaron lesiones bucales asociado a prótesis dental removible, siendo la estomatitis subprotésica la lesión más prevalente (17).

Suleydis Espasandin Gonzales et al. (2022). En Cuba, su estudio buscó identificar las principales lesiones según el elemento afectado por lo cual los pacientes solicitan atención inmediata, en una muestra de 320 pacientes portadores de prótesis con alguna urgencia por lesión paraprotésica, se realizó un interrogatorio individual, examen intrabucal y palpación de estructuras, concluyendo que la mucosa bucal es el elemento del sistema estomatognático más frecuentemente afectado por lesiones paraprotésicas y dentro de las alteraciones más frecuentes, la estomatitis subprotésica de grado 2 fue la lesión mucosa más diagnósticada, seguida por las úlceras traumáticas (18).

Placios MB (2020). En Bolivia, su estudio describe las lesiones provocadas en los tejidos blandos relacionados en portadores de prótesis total mediante una revisión bibliográfica. Encontró que la población más afectada son pacientes adultos mayores entre los 60 a 69 años. La vida útil de las prótesis totales no debe ser superior a 5 a 10 años, para evitar la aparición de lesiones bucales como la estomatitis que presenta el 38% de 42 publicaciones analizadas, el 17% corresponde a úlceras traumáticas, el 14% a épulis fisurado, el 12% a queilitis angular, el 10% relacionado a hiperplasia papilar, en menor medida las neoplasias con 7% (19).

Orlando Rodriguez et al. (2018) en Cuba. En su estudio sobre lesiones de la mucosa bucal en pacientes rehabilitados con prótesis estomatológica acrílica total removible. Se evaluaron 91

pacientes con lesiones de la mucosa del complejo bucal, a través de una plantilla confeccionada al efecto y diagnóstico clínico e histomorfológico. Resultados: las lesiones predominantes fueron estomatitis subprotésica grado I, úlcera traumática y el épulis fisurado, presentándose la forma anatomoclínica eritematosa en el mayor número de pacientes. Respecto al tiempo de uso; la prótesis fue de 11 a 20 años, y de forma continua. Concluyeron que los factores determinantes de las lesiones bucales son las prótesis mal adaptadas y en mal estado, la higiene bucal de la prótesis, el uso continuo de las mismas y con más de 5 años de antigüedad. Además, el 78% de los pacientes requiere rehabilitación de la prótesis estomatológica (20).

Velazquez et al. (2017) En Paraguay, su estudio analizó la frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis dental removibles, según clasificación de Kennedy, hallaron que la lesión más común es la estomatitis de dentadura, de las cuales el 56.41% eran clase 3, la clase 2 y desdentado total representaron el 12.82%, clase 1 el 10.26%, clase 4 el 7.69%, en recomendaciones mencionan la importancia de contar con un programa de control a lo largo del tiempo (21)

Daniela Kovacevic P. et al. (2017) En Croacia, este estudio analizó la prevalencia de lesiones paraprotésicas en 125 pacientes portadores de prótesis removible y prótesis totales, encontrando que el 74.4% de los participantes presentaban alguna lesión, siendo la lengua y el paladar las áreas más afectadas. Factores como la xerostomía y el tabaquismo se asociaron significativamente con la aparición de estas lesiones (22).

Ivonne Ossio Ortubé et al. (2015). Realizó un estudio de prevalencia de lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis removibles en pacientes de un asilo de ancianos. Se evaluaron 133 adultos mayores mediante procedimiento de observación y palpación. Resultados: la

prevalencia de lesiones bucales asociada a prótesis dental fue de 61% en el total de pacientes, siendo la úlcera traumática la de mayor frecuencia con 49.4% seguido de estomatitis subprotésica con 40,7%. El grupo de edad de mayor porcentaje fue de 81 a 90 años con 42,9% (23).

Rodriguez et al. (2014). Mencionan que las lesiones en el tejido blando bucal pueden ser provocados por prótesis dentales removibles en determinadas condiciones, como flujo salival disminuido, asperezas, microporos en la superficie del acrílico, así como la falta de ajuste y estabilidad. De los 62 pacientes portadores de prótesis parcial removible de acrílico de una comunidad de Yucatán, México, determinaron que la lesión más frecuente es la estomatitis subprotésica en 32% de los casos, seguida de hiperplasia fibrosa en 14.5%, queilitis angular en 12.9%, eritroplasia en 9.4% y leucoplasia en 4.8%. La prótesis dental como aditamento de remplazo, requiere limpieza constante; sin embargo, el 45.16% de los pacientes no realiza la limpieza de sus prótesis. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones bucales y la higiene protésica ($p<0.05$) (24).

Diaz EM et al. (1989) En un estudio epidemiológico realizado en una población de 6.302 pacientes portadores de prótesis removibles con un tiempo de uso mayor a seis meses, evaluaron la frecuencia de estomatitis subprotésica y su relación con hábitos de uso protésica. Los autores reportaron una prevalencia del 46,84% de estomatitis subprotésica. Asimismo, identificaron que la tercera década de vida fue la más afectada (49.8%) y que las prótesis con base acrílica presentaron mayor frecuencia de lesiones (48,45%). Además, se evidenció que el 83,38% de los pacientes tenía el hábito de dormir con la prótesis, de los cuales el 51,07/ presentó lesiones, lo que sugiere una posible relación entre los hábitos de uso y la aparición de estomatitis subprotésica (25).

3.2 Bases teóricas

3.2.1 Desdentado

El desdentado es la pérdida parcial o total de las piezas dentales (26). Es considerada una discapacidad ligada al aspecto económico y la calidad de vida al limitar funciones fisiológicas y psicológicas; que no es un fenómeno que abarca solo a la población geriátrica la cual tiene una prevalencia elevada en América Latina (27). Las personas que sufren de desdentado presentan un deterioro funcional y la disminución de calidad de vida ya que no pueden consumir determinados tipos de alimentos afectando el proceso digestivo y absorción de los nutrientes, así como elevados gastos económicos por la rehabilitación. La prevalencia de desdentado total y parcial en adultos mayores de Latinoamérica, según estudios realizados en 10 países, mencionan una elevada prevalencia en mayores de 60 años, siendo el tipo de desdentado con mayor prevalencia el desdentado parcial (1).

3.2.2 Causas de la pérdida dentaria

Las causas son variadas, siendo las principales: caries dental, enfermedad periodontal y traumatismo, con factores de riesgo del desdentado como: hábitos de higiene bucal deficiente, tratamientos y rehabilitación deficiente, enfermedades sistémicas, entre otros.

a) Caries dental: es una enfermedad infecciona transmisible multifactorial debido a microorganismos patógenos en la disbiosis bucal, liberando residuos ácidos que producen desmineralización de la porción mineral y disgregación de la parte orgánica de las piezas dentales (28). La literatura indica que la caries radicular es una de las principales causas de pérdida dental en adultos mayores (1,29).
b) Enfermedad periodontal: considerada una patología inflamatoria crónica, de origen multifactorial, de factor etiológico primario al biofilm predominante acidófilo; la cual

ocasiona contaminación y destrucción de los tejidos de soporte del diente. Se manifiesta como movilidad dental, sangrado, recesión gingival, formación de bolsa periodontal, disfunción masticatoria y pérdida del diente (29).

c) Traumatismo dental: son considerados como una urgencia que deben ser tratados de inmediato, , en la ancianidad los traumatismos maxilofaciales son debido a la merma de las habilidades motoras, son eventos frecuentes de naturaleza compleja (29).

3.2.3 Consecuencias del desdentado en el reborde residual óseo.

La pérdida de dientes genera en el reborde óseo una pérdida de volumen en altura y anchura, siendo mayor la reabsorción en sentido buco-palatino que ápico-coronal. Esta pérdida en ancho supone alrededor de 50% del tejido óseo, de las cuales 2/3 de reabsorción ocurre en los primeros 3 meses (30). Considerado como reborde residual óseo carece de los estímulos funcionales del diente, como consecuencia y a la ausencia de estímulos masticatorios a través del periodonto se relaciona a una alteración de la homeostasis e integridad estructural del periodonto, causando atrofia del tejido masticatorio y una considerable reabsorción ósea (31).

3.2.4 Mucosa bucal

Definición: “Es el tejido que recubre la cavidad bucal cuya estructura varía en diversos sitios, dependiendo de su función”.

Características: la mucosa bucal se compone de un epitelio plano escamoso estratificado y una capa profunda de tejido conjuntivo denominada lámina propia, la cantidad de queratinización de la mucosa bucal refleja la cantidad de estrés o abrasión que experimenta la región, el aumento de la queratina en el epitelio oscurece el color marrón-ish de la sangre presente en la submucosa, razón por la cual la mucosa no queratinizada se observa rojiza, mientras que la mucosa queratinizada más blanquecina con una mayor resistencia a la fricción que la mucosa

no queratinizada. La mucosa bucal en paciente con dentición completa se clasifica en tres áreas generales, como mucosa de revestimiento, masticatorio y especializada (32).

a) Mucosa de revestimiento: se encuentra en la mayoría de las regiones de la cavidad bucal y no está relacionada significativamente con la masticación sino con el habla y la deglución, por lo que el tejido de revestimiento no obtiene tanta fricción ni abrasión. La mucosa de revestimiento se caracteriza por ser delgada, de epitelio no queratinizado y formar parte de los labios, carrillos, piso de boca, superficie inferior de la lengua y paladar blando (32).

b) Mucosa masticatoria: se encuentra en regiones de alta abrasión causada por la masticación, generalmente niveles altos de estrés por lo cual se componen de un epitelio ortoqueratinizado o paraqueratinizado, ambas parcialmente queratinizadas. Se caracteriza por ser de epitelio queratinizado adherido con firmeza formando parte de la encía y el paladar duro (32).

c) Mucosa especializada: este tejido no muestra un nivel uniforme de queratinización, Está presente en la superficie del dorso de la lengua como papilas linguales y corpúsculos gustatorios (32).

En zonas desdentadas amplias a nivel de la mucosa masticatoria se ha identificado tres tipos de mucosas masticatoria, siendo clasificadas como firme, resiliente y flácida, según la compresión promedio y el grosor de la mucosa.

d) Mucosa masticatoria firme: mucosa de grosor delgada y no compresible, por lo cual es más susceptible a irritaciones en zonas donde la prótesis descansa mayores fuerzas oclusales. En la masticación su firmeza es desfavorable, siendo un factor negativo (33).
e) Mucosa masticatoria resiliente: mucosa de grosor adecuado y permite ligera

compresión, siendo resiliente al amortiguar las fuerzas oclusales de la prótesis sobre el reborde óseo. En la masticación es muy favorable, siendo un factor positivo, salvo en edades muy avanzadas donde hay una notable disminución (33,34).

f) Mucosa masticatoria flácida: mucosa de grosor aumentado con amplia compresión y movilidad, se ubica generalmente sobre zonas de reabsorción ósea sobre todo en el maxilar inferior, de portadores antiguos de prótesis, debido a que el espesor del tejido disminuye con la edad. En la masticación es la más desfavorable debido al desplazamiento de las prótesis sobre la mucosa, causando aumento de los puntos dolorosos (33,35).

3.2.5 Consecuencias del desdentado en la mucosa bucal.

Los tejidos blandos al no contar con dientes que soporten las papilas, ausencia perimétrica y delimitación de crecimiento es cuando empiezan un proceso de hundimiento hacia dentro de la cavidad bucal, donde la encía se adapta al proceso de resorción del hueso alveolar al perder una pieza dental, iniciando con una concavidad notoria clínicamente, posterior al tiempo de finalización del proceso de resorción acelerada, el tejido resultante es considerado tejido de soporte, un tejido conformado por encía queratinizada (29). Esta pérdida dental ocasiona en desequilibrio oclusal, provocando un daño en la encía residual, debido a la necesidad masticatoria, la fuerza la realiza completamente la encía, produciendo desgaste de la misma (29).

3.2.6 Clasificación de los desdentados parciales.

La ausencia dentaria puede ser clasificada de diversas formas, sin embargo, la más aceptada es la clasificación de Kennedy, la cual consiste en 4 clases y reglas de Applegate (36).

Clase I: Áreas desdentadas bilaterales posteriores a los dientes pilares (extremo libre bilateral.

Clase II: Área desdentadas unilateral posterior a los dientes pilares (extremo libre unilateral).

Clase III: Área desdentadas unilateral posterior con dientes pilares a mesial y distal de la misma.

Clase IV: Área desdentada única anterior y bilateral a los dientes pilares (extremo libre anterior), comprendiendo ambas hemiarcadas (36).

Regla de Applegate para la aplicación de la clasificación de Kennedy.

1. La clasificación debe realizarse después y no antes, al realizar exodoncias dentales.
2. Si no hay un tercer molar y no se será reemplazado, no se considera en la clasificación.
3. Si hay un tercer molar y se usará como pilar, se considera en la clasificación.
4. Si falta el segundo molar y no se reemplazará, porque no hay un diente opuesto, no se considera para la clasificación.
5. El área sin dientes más posterior será la que defina la clasificación.
6. Las áreas individuales que difieren de las que definen la clasificación, se denominan o modifican o denotan por su número.
7. La extensión del área de modificación no importa, el factor determinante es el número de áreas.
8. Solo las clases I, II, III pueden tener subdivisiones (4).

3.2.7 Tratamiento de paciente desdentado

El desdentado es un estado de pérdida dental, mas no una situación en la que se nace sin dientes (26). Se clasifica en desdentado parcial o desdentado total, afectando las funciones del sistema

estomatognático (37). Por tal motivo la odontología rehabilitadora a través de la prótesis fija, prótesis removible y/o total busca remplazar las piezas dentales perdidas, recuperar las funciones de una correcta oclusión y estética; sin embargo, puede haber prótesis mal diseñadas, desadaptadas o deterioradas por su prolongado uso, las cuales producen daños estomatológicos (38). Siendo la clase II y clase I las más recomendadas para prótesis removible, debido a su amplio espacio desdentado de la clasificación de Kennedy (39).

3.2.8 Rehabilitación bucal a través de la prostodoncia.

a) Prostodoncia:

La prostodoncia removible es una especialidad de la rehabilitación bucal integral, un tratamiento dirigido a remplazar dientes ausentes y estructuras óseas perdidas. Permite restablecer la funcionalidad del sistema estomatognático a través del uso de las prótesis removibles dentales, los materiales de confección fueron mejorando con el paso de las nuevas generaciones, desde vulcanita al metacrilato y en los años cuarenta la gran mayoría de las bases para prótesis dentales estaban fabricadas con polímeros de Metacrilato de Metilo. Siendo recomendadas en prótesis parcial removible y totales. Actualmente las prótesis removibles son confeccionadas con base metálica cromo-cobalto debido a el menor volumen estructural, mejor ajuste y mayor dureza (40).

b) Prótesis parcial removible de base acrílica

La pérdida parcial de la dentadura puede ser resuelta a través de prótesis parciales removibles, antes del año 2000 casi en su totalidad de casos eran confeccionadas por resina de polimetacrilato debido a la semejanza en color al tejido bucal, resistencia (2,33). Los pacientes portadores de prótesis no sienten una buena adaptación y que rehabilitar un paciente desdentado parcial representa una mejor funcionalidad masticatoria que en un paciente desdentado total

(6). Este sustrato era predisponible a la colonización del hongo Candida, debido a las condiciones de rugosidad y deterioro (41).

c) Prótesis parcial removible de base metálica

Las prótesis parciales removibles metálicas presentan un diseño y estructura adecuada a las estructuras dentales que son empleadas como pilares, de tal modo que el paciente pueda instalar y retirar la prótesis, facilita la higiene bucal y la limpieza de la prótesis, las prótesis metal acrílica requieren de ganchos como elemento retentivo y en casos de un mal diseño los pilares pueden predisponer a caries dental (40). Estas prótesis presentan una estructura de base metálica, comúnmente el cromo- cobalto (CoCrMo), por su maleabilidad en su confección, rigidez y pulimento una vez terminada, estas características evitan el cúmulo de microrganismos, una mejor limpieza y mayor rigidez de estructura (42).

d) Prótesis total de base acrílica

Las prótesis totales sustituyen la pérdida total de las piezas dentales funcionado mediante fuerzas de succión sobre el pliegue mucogingival proporcionar una buena retención y estabilidad para lo cual requieren distribuir las fuerzas en todo el soporte mucoso, con la finalidad de evitar presiones por fricción que puedan producir lesiones bucales (43).

3.2.9 Lesiones bucales como causa de prótesis dental

a) Estomatitis subprotésica: es una enfermedad inflamatoria de la mucosa bucal que está en contacto con prótesis extraíble, suele ser asintomática y puede ser clasificado en tres grupos, según clasificación propuesta por Newton, podemos dividirlo en tres fases: grado 1, grado 2 y grado 3 (41).

Grado 1 (Estomatitis puntiforme): puntos de color rojo sobre la mucosa palatina, adyacentes a

la zona de las glándulas salivales en el maxilar superior, posible visualización en primeros controles (17,41).

Grado 2 (Estomatitis difusa atrófica): de aspecto alisado y atrófico de la mucosa subyacente de la prótesis, se encuentra enrojecida y lisa de manera uniforme, en ocasiones puede observarse marcas de delimitación de la prótesis, visible en los primeros controles (17,41).

Grado 3 (Estomatitis papilomatosa): de aspecto nodular o granular, asemeja al empedrado de pequeños nódulos, con grados de inflamación variadas de la mucosa y con mayor predisposición en la región anterior del paladar, es de mayor cronicidad (17,41).

b) Úlcera traumática: lesión benigna frecuente en la mucosa conocidas como aftas forman borde bien definido o no, desprendiéndose una capa de epitelio superficial, esta exposición causada por prótesis mal ajustadas predispone a la inflamación de la mucosa, por lo general, suelen ser bastante dolorosa, pueden ser causadas por retenedores o bordes cortantes de acrílico rotos (44).
c) Queilitis comisural: también conocida como estomatitis angular es una lesión crónica en con estado inflamatorio de la submucosa labial o comisuras labiales en forma de boqueras, puede ser producida por la disminución vertical oclusal en pacientes desdentados total o parcial, rehabilitados o no, es un signo característico de la candidiasis pudiendo ser bilateral (45).

3.2.10 Lesiones paraprotésicas

La prótesis dental es un cuerpo ajeno en la cavidad bucal, la rehabilitación protésica busca asemejarse a la anatomía perdida para adaptarse a los rebordes y/o dientes presentes, por lo cual toda rehabilitación pasa por un proceso de cierta inestabilidad y variaciones que producen una adaptación o no de los tejidos blandos y duros, esto trae consigo el desarrollo de lesiones

y la gravedad de esta va a depender de la intensidad, duración y frecuencia (7). Las lesiones provocadas por prótesis pueden presentarse en tejidos blandos y duros, las estructuras blandas más relacionadas a la rehabilitación protésica es la mucosa bucal, dividiéndose en mucosa masticatoria, mucosa especializada y mucosa de revestimiento (7). Las lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis pueden clasificarse en dos tipos: agudas o crónicas. Las lesiones agudas son aquellas que se producen por prótesis nuevas y mal ajustadas que ejercen presión excesiva, produciendo isquemia arterial, ulceración y dolor. Las lesiones crónicas son alteraciones de evolución gradual, en prótesis removibles desajustadas que se tornan inestables, produciendo roces sobre el tejido de soporte de manera crónica, lo que conduce a un proceso inflamatorio crónico (24). El uso de prótesis estomatológica acrílica total removible y parcial removible de base metálica puede ocasionar lesiones en la mucosa del complejo bucal como la estomatitis subprotésica, inflamación crónica de la mucosa bucal por fuerzas irregulares causadas por la desadaptación o sobre extensión del aparato protésico (20). Y las lesiones en las comisuras labiales son causadas por prótesis deterioradas colocadas en boca (41). El mecanismo de formación de las lesiones es diverso, pudiendo manifestarse por un aumento o disminución del espesor del epitelio, así como también por pérdida de la integridad (7).

3.2.11 Control postratamiento de prótesis dental

Es la revisión, a través de controles longitudinales, para conservar la salud bucal de los pacientes después de haber finalizado un tratamiento de rehabilitación con una prótesis parcial o total, con el objetivo de detectar la aparición de complicaciones asociadas a la aparatología, revisando los tejidos blandos en busca de lesiones posibles, producidas por la prótesis dental removible o total, instaladas (46). Sin embargo, actualmente no se cuenta con un control adecuado en este aspecto en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por lo que se propone una ficha de control en los anexos.

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTO	DIMENSIÓN/SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA
Lesión paraprotésica	Daño o injuria ocasionada al tejido blando por el uso de la prótesis dental en cualquiera de las arcadas.	Presencia de lesión	Registro clínico de presencia o ausencia de lesión paraprotésica postratamiento	Nominal dicotómica	0 = No 1 = Si
Tipo de lesión paraprotésica	Daño o injuria ocasionada al tejido blando, por el uso de la prótesis dental	Subdimensión: Tipo de lesión según arcada maxilar o mandibular	Clasificación clínica de la lesión registrada en el control postratamiento de la prótesis dental maxilar o mandíbula	Nominal politómica	0 = No aplica 1= Estomatitis subprotésica 2 = Úlcera traumática 3 = Queilitis comisural
VARIABLE INDEPENDIENTE	**CONCEPTO**	**DIMENSIÓN**	**INDICADOR**	**ESCALA**	**CATEGORÍA**
Tipo de prótesis	Dispositivo que reemplaza dientes perdidos (2) (36)	Clasificación protésica	Tipo de prótesis removible instalada	Nominal politómica	1 = Removible parcial 2 = Removible total
COVARIABLE	**CONCEPTO**	**DIMENSIÓN**	**INDICADOR**	**ESCALA**	**CATEGORÍA**
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Edad cronológica en años	Edad del paciente al momento del control postratamiento de la prótesis	Ordinal	1 = 18-39 años (Adultos jóvenes) 2 = 40- 59 años (Adultos maduros) 3 = ≥ 60 años (Adultos mayores)
Condición sistémica del paciente	Enfermedad o condición sistémica general del paciente (47)	Condición sistémica	Presencia de condición médica sistémica según ficha clínica	Nominal dicotómica	0 = Paciente sano 1 = Paciente con enfermedad sistémica
Tipo de desdentado	Ausencia de ciertas piezas dentarias (36) Registrado de forma independiente para maxilar.y mandibular	Clasificación según Kennedy y desdentado completo	Clase de desdentación registrada	Nominal politómica	1 = Clase I (desdentado bilateral posterior) 2 = Clase II (desdentado unilateral posterior) 3 = Clase III (desdentado unilateral con dientes pilares a mesial y distal) 4 = Clase IV (desdentado anterior bilateral) 5 = Desdentado completo
Ubicación de la prótesis	Sitio anatómico donde se encuentra instalada la prótesis removible	Localización anatómica de la prótesis	Registro clínico de la localización anatómica de la prótesis	Nominal politómica	1 = Maxilar 2 = Mandibular

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación:

Estudio observacional descriptivo de corte transversal, tipo cuantitativo retrospectivo, que busca determinar la prevalencia de lesiones paraprotésicas postratamiento de prótesis en pacientes tratados en la Facultad de Odontología en el periodo 2023 al 2024.

4.2 Población y muestra:

4.2.1 Población

La población estuvo constituida por historias clínicas de pacientes registradas 240 prótesis de desdentados parciales y desdentados totales, realizados en la clínica de quinto año (Integrada V y VI) de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, durante los años 2023 y 2024.

4.2.2 Muestra

Para el presente estudio se utilizó un cálculo del tamaño muestral para estudios descriptivos según la siguiente fórmula, tomando en cuenta siguientes valores: Z = 1,96 (95% de confianza), p = 0,80, q = 0,20, d = 0,05 (5% de error), N = 237.

La ecuación dará como resultado una muestra.

$$n = \frac{N\,Z^2\,pq}{d^2\,(N-1) + Z^2\,pq}$$

$$132 = \frac{N(1.96)^2(0.80)(0.20)}{(0.05)^2(N-1) + (1.96)^2(0.80)(0.20)}$$

$$n = \frac{147.52}{1.2121} = 121.7$$

n = tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

Z = nivel de confianza.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

d = error de muestra

Por lo tanto, se realizó la investigación con una muestra de de 122 controles postratamientos de prótesis confeccionadas.

4.2.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por lesiones paraprotésicas registradas en los controles postratamiento de cada paciente según la prótesis dental confeccionada, cuya información se encontraba registrada en la historia clínica del paciente.

4.2.4 Criterio de inclusión

- Historias clínicas con consentimiento informado del tratamiento de rehabilitación protésica

- Historias clínicas de pacientes atendidos en la Clínica de Pregrado de Odontología de la UNMSM entre 2023 y 2024

- Pacientes con prótesis removibles, con registro de instalación en la historia clínica.

- Pacientes con prótesis total, con registro de instalación en la historia clínica.

-Pacientes con un control postratamiento

- Historias clínicas con datos completos sobre diagnóstico, tipo de prótesis, desdentado y condición sistémica.

4.2.5 Criterio de exclusión.

- Historias clínicas con datos incompletos o ilegibles sobre la instalación de la prótesis y presencia o ausencia de lesiones.
- Historias clínicas sin la firma de consentimiento informado del tratamiento de rehabilitación protésica.
- Pacientes con prótesis confeccionadas fuera de la Clínica de Pregrado de la UNMSM.
- Casos en los que no se registró seguimiento clínico posterior al tratamiento con la prótesis.

4.3 Procedimiento y técnicas de recolección de datos.

4.3.1 Procedimiento

Para la ejecución se solicitó los permisos respectivos a la jefatura de la oficina de archivos de la clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Se recolectó los datos de las historias clínicas de los años 2023 y 2024 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

4.3.2 Técnica de recolección de datos

Se recopiló información de las historias clínicas de pacientes desdentados parciales y totales atendidos en la Clínica de Quinto Año de Pregrado (Integrado V y VI) de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la ficha control implementada por el encargado del curso, durante el periodo 2023-2024. Para el análisis, se diseñó una ficha de registro en la que se consignó la información relevante obtenida de las historias clínicas y la ficha control de 6 meses postratamiento, incluyendo: número de historia clínica, datos de filiación (edad y sexo), características clínicas del paciente (sistémico), tipo de prótesis, tipo de desdentado y presencia o ausencia de lesiones bucales. Cada prótesis fue considerada como unidad de análisis independiente.

Las variables sociodemográficas corresponden al paciente portador de la prótesis evaluada. Los datos fueron procesados por el programa SPSS V.27 para Windows a través de estadística descriptiva.

4.3.3 Instrumentos de recolección de datos

La información fue recopilada de las historias clínicas de los pacientes desdentados parciales y totales que fueron atendidos en la clínica de quinto año de pregrado (Integrada V y VI). Para ello se confeccionó una ficha de registro donde se registró la información relevante encontrada en las historias clínicas como n° de historia clínica, datos de filiación, edad, sexo, estado general, tipo de desdentado, ubicación y tipo de la prótesis. Así mismo, se anotó la información de la ficha de control postratamiento a 6 meses diseñada y supervisada por el jefe del curso de Clínica Integrada V y VI. El instrumento incluía campos para: identificación del paciente, descripción de tejidos blandos y duros, así como observaciones y tratamientos realizados en el control (ver anexo 2)

4.4 Análisis de resultados.

Los datos recolectados fueron organizados y procesados utilizando el software SPSS versión 27 para Windows. Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante la obtención de frecuencias absolutas y relativas, así como la elaboración de tablas de contingencia y gráficos para la presentación de los resultados.

V. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1 Recursos

El proyecto fue desarrollado con recursos autogestionados, incluyendo materiales, insumos y apoyo logístico proporcionado por el asesor.

5.2 Presupuesto

La ejecución del presente estudio no contenpló gastos significativos adicionales, dado que se financiará de manera autogestionada por el autor, cubriendo los costos mínimos que pudieran surgir durante el desarrollo del mismo.

5.3 Financiación

El estudio es de carácter autogestionado. No cuenta con financiamiento externo, ya sea de instituciones públicas, privadas o de cooperación.

VI. RESULTADOS

Tabla 1. Prevalencia de lesiones paraprotésicas en prótesis evaluadas en la Clínica de Pregrado de Odontología de la UNMSM

Lesión paraprotésica	n	%
No	93	76.2%
Si	29	23.8%
Total	122	100%

En la Tabla 1 se observa que el 23.8% de las prótesis evaluadas presentó lesión paraprotésica, mientras que el 76.2% no presentó lesión (n=122).

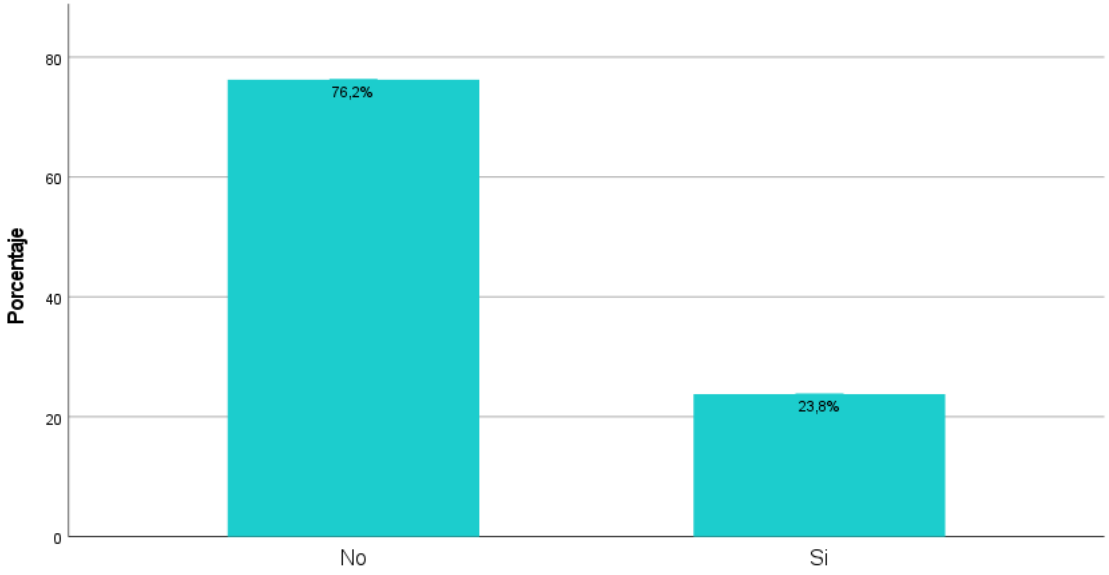


Figura 1. Prevalencia de lesiones paraprotésicas en las prótesis evaluadas

TABLA 2: Distribución del tipo de lesión paraprotésica en las prótesis evaluadas

Tipo de lesión	n	%
Estomatitis subprotésica	23	79.3%
Úlcera traumática	6	20.7%
Queilitis comisural	0	0%
Total	29	100%

En las prótesis que presentaron lesión paraprotésica (n=29), la estomatitis subprotésica fue la más frecuente (79.3%), seguida de la úlcera traumática (20.7%). No se registraron casos de queilitis comisural.

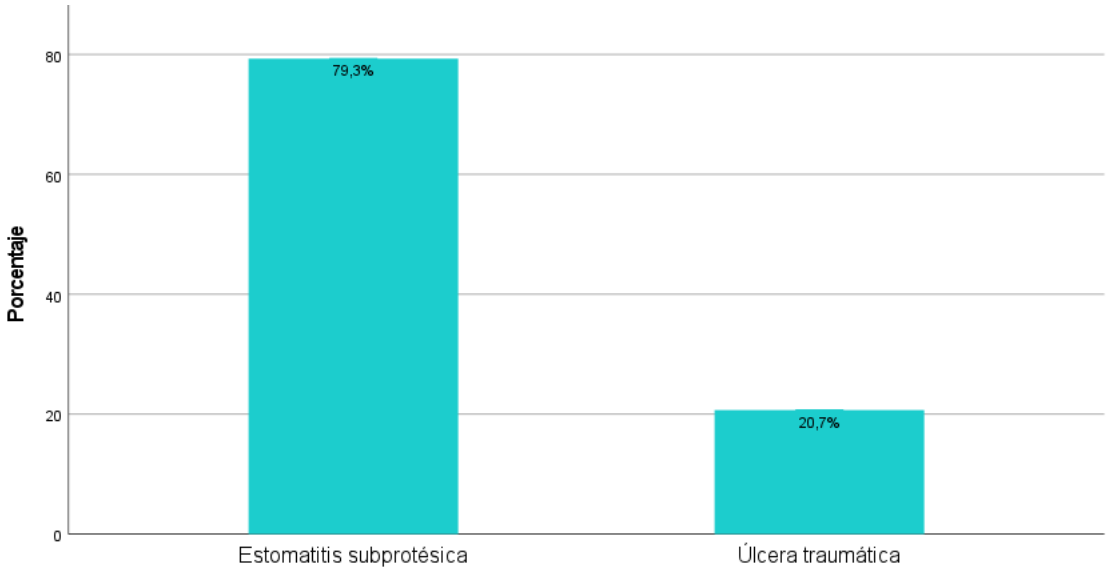


Figura 2. Distribución del tipo de lesión paraprotésica en las prótesis evaluadas

◇ **TABLA 3: Prevalencia de lesiones paraprotésicas según tipo de prótesis confeccionada en la Clínica de Pregrado de Odontología de la UNMSM**

	Lesión paraprotésica		
Tipo de prótesis	**Con lesión**	**Sin lesión**	**Total**
Removible parcial	22 (22.2%)	77 (77.8%)	99
Removible total	7 (30.4%)	16 (69.6%)	23
Total	29 (23.8%)	93 (76.2%)	122

En la Tabla 3 se observa que las prótesis removibles totales presentaron una mayor proporción de lesiones paraprotésicas (30.4%) en comparación con las prótesis removibles parciales (22.2%).

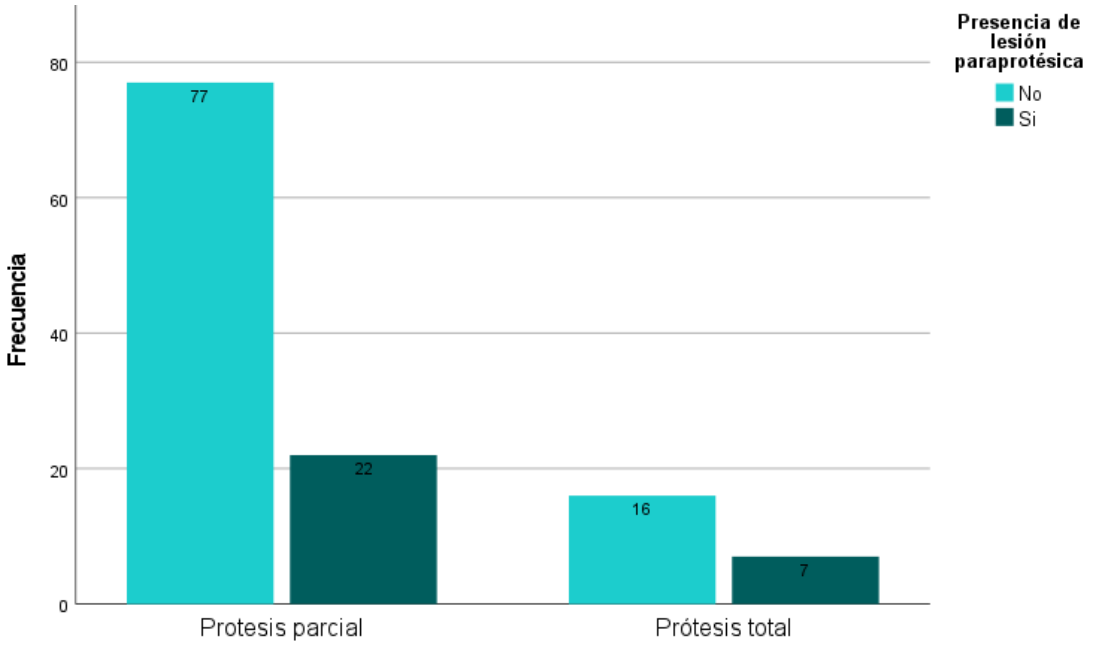


Figura 3. Distribución de lesiones paraprotésicas según tipo de prótesis

TABLA 4: Prevalencia de lesión paraprotésica según ubicación de la prótesis

	Lesión paraprotésica		
Ubicación	**Sin lesión**	**Con lesión**	**Total**
Maxilar	49 (83.1%)	10 (16.9%)	59
Mandibular	44 (69.8%)	19 (30.2%)	63
Total	93 (76.2%)	29 (23.8%)	122

En la Tabla 4 se observa que las prótesis ubicadas en el maxilar presentaron una prevalencia de lesiones paraprotésicas de 16.9%, mientras que en la mandíbula fue de 30.2%.

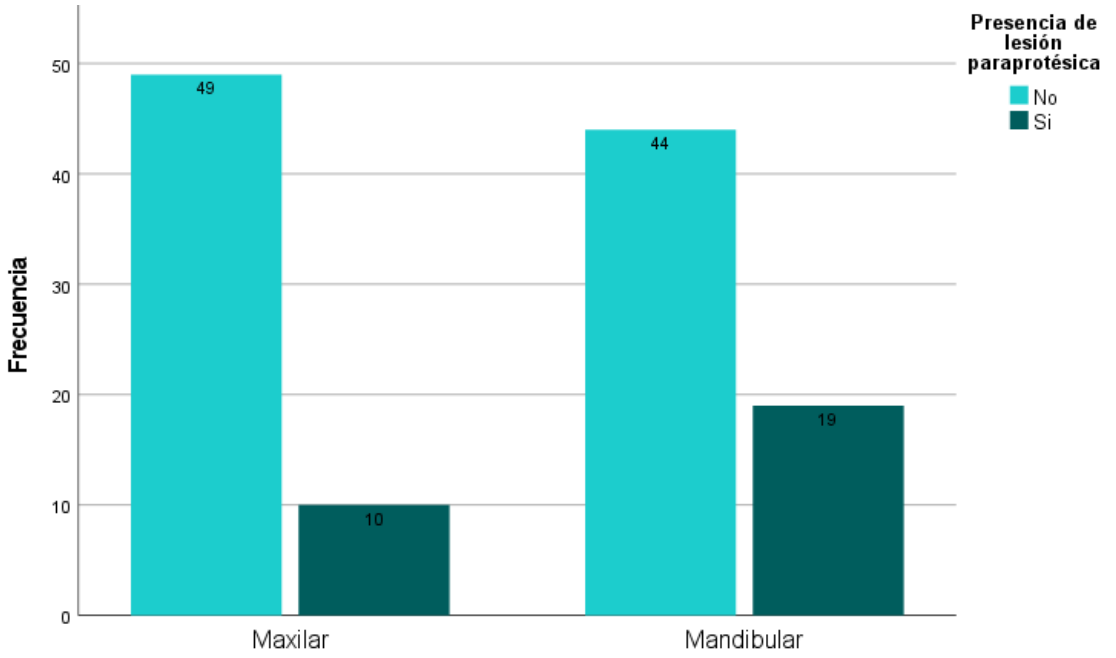


Figura 4. Distribución de lesiones paraprotésicas según ubicación de la prótesis

◇ TABLA 5: PREVALENCIA DE LESIÓN PARAPROTÉSICA SEGÚN CONDICIÓN SISTÉMICA

	Lesión paraprotésica		
Condición	**Con lesión**	**Sin lesión**	**Total**
Sin enfermedad sistémica	10 (22.7%)	34 (77.3%)	44
Con enfermedad sistémica	19 (24.4%)	59 (75.6%)	78
Total	29 (23.8%)	93 (76.2%)	122

En la Tabla 5 se observa que las prótesis en pacientes con enfermedad sistémica presentaron una prevalencia de lesiones paraprotésicas de 24.4%, mientras que en pacientes sin enfermedad sistémica fue de 22.7%.

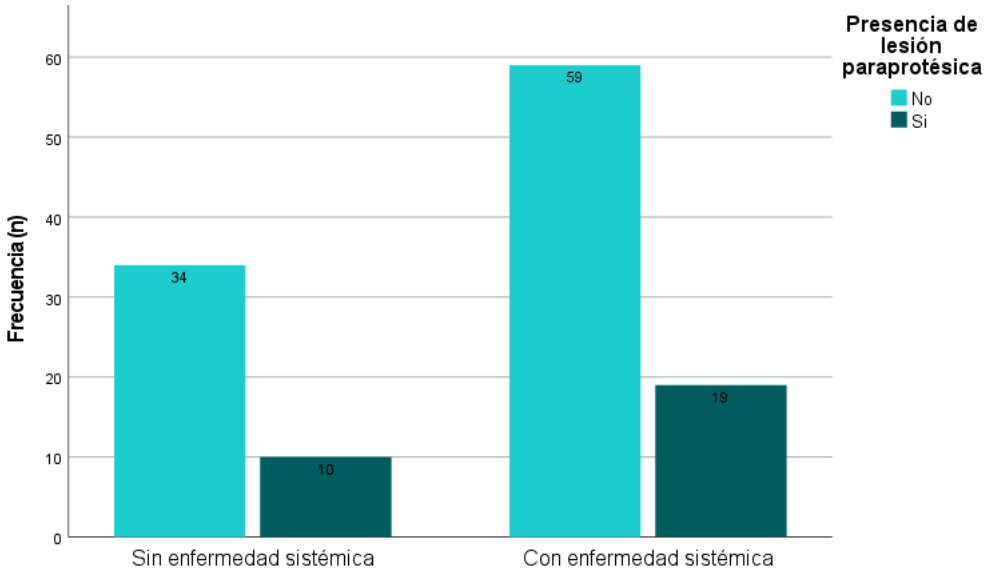


Figura 5. Distribución de lesiones paraprotésicas según la condición sistémica

◇ TABLA 6: LESION PARAPROTÉSICA SEGÚN TIPO DE DESDENTADO

	Lesión paraprotésica		
Tipo de desdentado	**Con lesión**	**Sin lesión**	**Total**
Clase I de Kennedy	6 (22.2%)	21 (77.8%)	27
Clase II de Kennedy	9 (29.0%)	22 (71.0%)	31
Clase III de Kennedy	6 (18.8%)	26 (81.3%)	32
Clase IV de Kennedy	0 (0%)	5 (100%)	5
Desdentado completo	8 (29.6%)	19 (70.4%)	27
Total	29 (23.8%)	93 (76.2%)	122

En la Tabla 6 se observa que la mayor prevalencia de lesiones paraprotésicas se presentó en pacientes con desdentado completo (29.6%), seguido de la clase II (29.0%), mientras que la menor prevalencia se observó en la clase IV (0%).

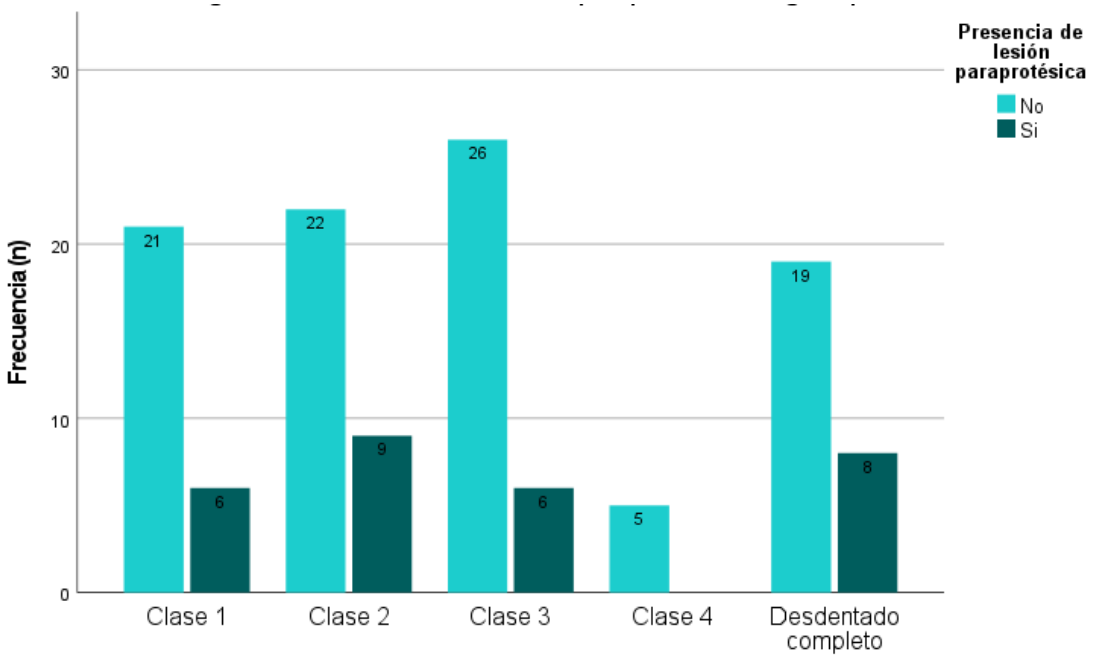


Figura 6. Distribución de lesiones paraprotésicas según tipo de desdentado

VII. DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó que la prevalencia de lesiones paraprotésicas en las prótesis evaluadas fue de 23.8%, lo que indica que aproximadamente 2 de cada 10 prótesis desarrollaron alteraciones en los tejidos de la cavidad bucal posteriores al tratamiento. Este hallazgo evidencia una frecuencia moderada de lesiones paraprotésicas y se encuentra dentro del rango reportado en la literatura, donde autores como Vergara Núñez et al. reportaron una prevalencia del 48.6% (12), Ruiz Santos un 30.3% (14) y Díaz et al., en su estudio epidemiológico de 6302 pacientes en un control postratamiento de 6 meses, registraron estomatitis subprotésica en el 46.84% (25).

En cuanto al tipo de lesión, se observó una marcada predominancia de la estomatitis subprotésica, seguida de la úlcera traumática. Este resultado coincide con diversos estudios nacionales e internacionales. Amoroto Puitiza reportó que la estomatitis subprotésica fue la lesión más frecuente en pacientes portadores de prótesis, al igual que Rodríguez Tanta, quien encontró una prevalencia del 66.4% (10,11). A nivel internacional, Ramos Díaz también identificó a esta lesión como la más prevalente (56.7%) (17). La predominancia de esta alteración podría explicarse por la acumulación de biofilm, el uso continuo de la prótesis, deficiencias en su adaptación y la falta de controles postratamiento (8). Asimismo, Díaz et al. evidenciaron que el 83.38% tenía el hábito de dormir con la prótesis, lo cual podría contribuir al desarrollo de estas lesiones (25).

En relación al tipo de prótesis, aunque en términos absolutos las prótesis removibles parciales presentaron un mayor número de casos con lesión (n=22) en comparación con las prótesis removibles totales (n=7), proporcionalmente estas últimas mostraron una mayor frecuencia relativa de lesiones (30.4% frente a 22.2%). Este hallazgo concuerda con lo reportado por Lozano Bellido, quien evidenció una alta prevalencia de lesiones en

portadores de prótesis totales (15). Esta mayor frecuencia relativa podría explicarse por la mayor cobertura mucosa, menor estabilidad y mayor retención de microorganismos en este tipo de prótesis.

Respecto a la ubicación de la prótesis, se evidenció una mayor prevalencia de lesiones paraprotésicas en la mandíbula en comparación con el maxilar. Este resultado difiere de lo reportado por Ramos Díaz, quien encontró mayor frecuencia en el maxilar superior (17). Esta discrepancia podría explicarse por diferencias en las características poblacionales y factores biomecánicos, ya que la prótesis mandibular presenta menor superficie de soporte y mayor inestabilidad, favoreciendo la aparición de microtraumatismos.

En cuanto a la condición sistémica de los pacientes, no se evidenciaron diferencias relevantes en la prevalencia de lesiones paraprotésicas entre pacientes con y sin enfermedad sistémica. Este hallazgo es similar a los reportados por Ruiz Luis y Navodika Yaparathna, quienes no encontraron relación significativa en el éxito de la prótesis parcial removibles entre la presencia de lesiones y variables como el sexo, edad o factores sistémicos evaluados (48) (14) . Esto sugiere que factores locales, como la higiene protésica y el estado de la prótesis, podrían tener un mayor impacto en el desarrollo de estas alteraciones.

Con relación al tipo de desdentado, se observó una mayor frecuencia de lesiones en el desdentado completo y en la Clase II, mientras que la Clase III presentó menor prevalencia y la Clase IV no registró casos. Estos resultados concuerdan parcialmente con Navodika Yaparathna, podrían explicarse por condiciones biomecánicas menos favorables en los desdentados más extensos, donde existe mayor superficie de soporte mucoso y menos estabilidad de la prótesis. En contraste, en la clase III, la presencia de

soporte dentario remanente favorece una mejor distribución de fuerzas, reduciendo el riesgo de lesiones.

Estos hallazgos concuerdan con lo descrito por Velázquez et al., quienes señalan que la clasificación de Kennedy no solo describe la extensión del desdentado, sino también el tipo de soporte protésico y su comportamiento biomecánico, influyendo directamente en la distribución de fuerzas y en la respuesta de los tejidos de soporte (21).

En este contexto, los resultados obtenidos evidencian la importancia de contar con herramientas clínicas que permitan un adecuado registro y seguimiento de las lesiones paraprotésicas. En ese sentido, se diseñó una propuesta de ficha mejorada que optimiza el registro clínico, manteniendo la simplicidad y facilitando su aplicación en el entorno clínico. Dicha propuesta se presenta en los anexos del presente estudio.

VIII. LIMITACIONES

- Fichas de control postratamiento mal registradas
- Historias clínicas con ausencia de datos como filiación o número de contrato
- Asimismo, la ficha de control fue diseñada y supervisada por el jefe de curso bajo un esquema estandarizado, la calidad y precisión de los registros puede presentar variaciones, lo cual debe ser tenido en cuenta al momento de analizar los resultados.

IX. CONCLUSIONES

- Se determinó que la prevalencia de lesiones paraprotésicas fue de 23.8% de los pacientes con prótesis evaluadas en el control de postratamiento.
- La estomatitis subprotésica fue el tipo de lesión paraprotésica más frecuente, seguida de la úlcera traumática.
- La mayor prevalencia de lesiones se observó en el desdentado completo y en la Clase II, mientras que la Clase IV no presentó casos.
- Las prótesis removibles totales presentaron mayor prevalencia de lesiones paraprotésicas en comparación con las prótesis removibles parciales.
- No se evidenciaron diferencias relevantes en la prevalencia de lesiones paraprotésicas según la condición sistémica de los pacientes.
- Las prótesis mandibulares presentaron mayor prevalencia de lesiones paraprotésicas en comparación con las maxilares.

X. RECOMENDACIONES

- Se recomienda implementar controles postratamiento periódicos en pacientes portadores de prótesis dentales, así como incorporar la ficha de control postratamiento propuesta como parte de la historia clínica, con la finalidad de optimizar el seguimiento clínico en la rehabilitación integral del paciente en el curso de Clínica Integrada del Adulto.
- Se sugiere reforzar la educación en higiene de la cavidad bucal y de las prótesis dentales, considerando su importancia descrita en la literatura como factor relacionado con la aparición de lesiones paraprotésicas.
- Se recomienda prestar mayor atención clínica a las prótesis mandibulares, considerando su mayor frecuencia de lesiones, priorizando su control periódico y ajuste adecuado.
- Se sugiere considerar las características del tipo de desdentado en la planificación protésica, especialmente en desdentados completos y Clase II, debido a su mayor frecuencia de lesiones.
- Se recomienda promover estudios futuros con diseños analíticos que permitan evaluar la asociación entre factores clínicos y la aparición de lesiones paraprotésicas.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Vizcaíno K, Armas A. Prevalencia de edentulismo en adultos mayores en América Latina. Revisión de literatura. Rev Estomatológica Hered. 2022;32(4):420-7. doi:10.20453/reh.v32i4.4383

2. Vilchez Salazar E, Watanabe Velásquez R, Reyes Soto S, Vilchez Quintana E, Torres Roque C, Vilchez Quintana M. Lesiones subprotésicas en pacientes portadores de prótesis completa. Odontol Sanmarquina. 2013;16(1):29-31. doi:10.15381/os.v16i1.5371

3. Barragan Paredes MA, Viveros CA, Garzón H. Alteración de la dimensión vertical: revisión de la literatura. Rev Estomatol. 2019;27(2):27-37. doi:10.25100/re.v27i2.8637

4. Merchán R, Albán J, Bonilla H. La clasificación de Kennedy en los pacientes parcialmente desdentados. RECIAMUC. 2022;6:231-8. doi:10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.231-238

5. Stegelmann K, Luthardt R. Principios básicos de la planificación de prótesis removibles. Quintessence. 2011;24(1):23-9.

6. Malla Vásquez VF. Impacto en la calidad de vida en pacientes edéntulos parciales rehabilitados con prótesis parcial removible [bachelorThesis] [Internet]. 2023 [citado 22 de mayo de 2023]. Disponible en: https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/15671

7. Bello Yara ET, Pastrana MJ, Carvajal N, Solano P. Lesiones orales más recurrentes en pacientes con prótesis removibles y totales: Revisión sistemática [Internet]. Antonio Marino; 2022 [citado 27 de agosto de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uan.edu.co/items/c5067099-0c7d-417b-a2c9-efe657e32a58

8. Piña Odio I, Matos Frómeta K, Barrera Garcell M, Gonzalez Longoria Ramírez YM, Arencibia Flandes M del P, Piña Odio I, et al. Factores de riesgo relacionados con las lesiones paraprotésicas en pacientes portadores de prótesis removibles. MEDISAN. febrero de 2021;25(1):41-50.

9. Antezana T, Sandoval N. Lesiones en mucosas producidas por prótesis dental removible en pacientes de la Clínica Odontológica Univalle, Cochabamba, 2016. Rev Investig E Inf En Salud. 2019;14:14-22. doi:10.52428/20756208.v14i35.479

10. Amoroto Puitiza CA. Prevalencia de lesiones orales en pacientes portadores de prótesis atendidos en la Clínica Odontológica de ULADECH Católica, distrito de Chimbote, departamento de Áncash, 2023 [Internet]. 2025 [citado 17 de abril de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/39114

11. Rodríguez Tanta MA. Prevalencia de alteraciones bucales en el paciente edéntulo total y parcial atendido en la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2017 al 2019 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023. Disponible en:

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/69def71e-df68-426e-bd27-df2f3b9608d4

12. Vergara Nuñez KV. Prevalencia de lesiones de mucosa oral en pacientes portadores de prótesis parcial removible atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2017. Univ Católica Los Ángeles Chimbote [Internet]. 18 de enero de 2022 [citado 31 de mayo de 2023]. Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/25038

13. Amaranto Tolentino SY. Prevalencia de lesiones orales en pacientes portadores de prótesis parcial removible en el centro médico de Coishco Essalud, provincia Del Santa, departamento de Áncash, en el año 2017. Univ Católica Los Ángeles Chimbote [Internet]. 2020 [citado 31 de mayo de 2023]. Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/16198

14. Ruiz Santos LA. Prevalencia de lesiones en la mucosa oral en pacientes hospitalizados portadores de prótesis parcial removible, en el Hospital Regional Docente de Trujillo en los meses octubre – diciembre del 2017 [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo; 2017 [citado 23 de junio de 2025]. Disponible en: https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/008f6375-8e50-4567-977a-a96d4f544626/content

15. Lozano Bellido CM. Presencia de lesiones bucales por el uso de prótesis completa en pacientes de la tercera edad de la Asociación Caminemos Unidos del distrito de San Juan de Miraflores en el año 2016 [Internet]. 2017 [citado 22 de mayo de 2023]. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/5261

16. Del Pilar C, Luna B. Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible. Revista Kiru [Internet]. 2015 [citado 31 de mayo de 2023];7(1):1. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/1772?show=full

17. Ramos Diaz LC, Torres Padilla DK, Martinez Soler JA. Prevalencia de las lesiones orales asociadas al uso de prótesis dental [Internet]. [Villavicencio]: Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud, Odontología; 2023 [citado 31 de mayo de 2023]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/48947

18. Espasandin González S, Rodríguez Estévez AM, Reyes Suárez VO. Urgencias protésicas por agresiones a los diferentes elementos componentes del sistema estomatognático. Odontoestomatología. 2022;24(39). doi:10.22592/ode2022n39e217

19. Placios Palomeque MB. Lesiones de tejidos blandos en pacientes portadores de prótesis total: revisión bibliográfica [Tesis] [Internet]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2020 [citado 26 de agosto de 2025]. Disponible en: https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/11746

20. Rodríguez Calzadilla OL, Rodríguez Aparicio A, Rodríguez Sarduy R. Lesiones de la mucosa bucal en pacientes rehabilitados con prótesis estomatológica acrílica total removible. Medimay. 2018;25(1):15-26.

21. Velazquez A, Florentín GD, Defazio D. Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis dentales removibles. Rev Fac Cienc Salud UDES. 1 de enero de 2017;4(1):45. doi:10.20320/rfcsudes.v4i1.106

22. Kovačević Pavičić D, Braut A, Pezelj-Ribarić S, Glažar I, Lajnert V, Mišković I, et al. Predictors of oral mucosal lesions among removable prosthesis wearers. Period Biol. 2017;119(3):3. doi:10.18054/pb.v119i3.4922

23. Ossio Ortubé IN. Prevalencia de lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis removibles en el Asilo de Ancianos San Ramón en la gestión 2014 [Internet]. 2015 [citado 5 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.sidalc.net/search/Record/oai:localhost:8080:123456789-24131/Description

24. Rodríguez Fernández M del SC, Portillo Recio A, Lama González EM, Hernández Solís SE. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. Rev ADM. 2014;71(5):221-5.

25. Díaz EM, Baláez AB, Vélez JU, Lesa JM. [Denture stomatitis: epidemiological study of 6,302 patients with removable dental prostheses]. Rev Cubana Estomatol. 1989;26(1-2):71-80. PubMed PMID: 2639463.

26. ASALE R, RAE. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. [citado 27 de julio de 2025]. desdentado, desdentada | Diccionario de la lengua española. Disponible en: https://dle.rae.es/desdentado

27. Fernández GS, Molleda CL, Chibás LG, Valdés YV. Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. GeroInfo-Rev Gerontol Geriatría [Internet]. 2018 [citado 26 de agosto de 2025];13. Disponible en: https://revgeroinfo.sld.cu/index.php/gerf/article/view/29

28. Catalá Pizarro M, Cortés Lillo O. La caries dental: una enfermedad que se puede prevenir. An Pediatría Contin. 1 de mayo de 2014;12(3):147-51. doi:10.1016/S1696-2818(14)70184-2

29. Leyva Samuel L, Ledesma Céspedes N, Fonte Villalón M. La pérdida dentaria. Sus causas y consecuencias. Rev Med Isla Juv [Internet]. 2018 [citado 14 de julio de 2023];19(2):2. Disponible en: https://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/212

30. López Riveros C, Ferrer Balart M. Evaluación Clínica e Imagenológica de Dos Técnicas de Preservación de Reborde Alveolar Post Exodoncia. Int J Odontostomatol. 2015;9(3):419-26. doi:10.4067/S0718-381X2015000300011

31. Oddó P, Klein C, Contreras A, Oddó P, Klein C, Contreras A. Preservación alveolar post extracción en zona estética: Decisiones clinicas predecibles en sitio severamente afectado. Int J Interdiscip Dent. abril de 2020;13(1):30-4. doi:10.4067/S2452-55882020000100030

32. Sepúlveda Saavedra J, Medina Hernández RM. Cavidad oral. In: Histología. Biología celular y tisular. Instructivo de laboratorio, 6e | AccessMedicina | [Internet]. Vol. 6. INTERAMERICANA EDITORES, S. A.; 2014 [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en:

https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1503&sectionid=99838924

33. Brizuela M, Winters R. Histology, Oral Mucosa. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 27 de agosto de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572115/ PubMed PMID: 34283481.

34. Oliveira de Almeida E, Martins da Silva EM, Falcón Antenucci RM. Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes. Rev Estomatológica Hered. 2014;17(2):104. doi:10.20453/reh.v17i2.1866

35. Amilcar Chagas JF, Rosse Mary AF, Erika Oliveira de A. El sistema masticatorio y las alteraciones funcionales consecuentes a la pérdida dentaria. Acta Odontológica Venez. 2008;46(3):375-80.

36. David Loza F, Rodney Valverde M. Diseño de prótesis parcial removible [Internet]. Ripano; 2006 [citado 23 de julio de 2025]. 239 p. Disponible en: https://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/revista_estomatologia/article/view/8637

37. Ali Z, Baker SR, Shahrbaf S, Martin N, Vettore MV. Oral health-related quality of life after prosthodontic treatment for patients with partial edentulism: A systematic review and meta-analysis. J Prosthet Dent. 2019;121(1):59-68.e3. doi:10.1016/j.prosdent.2018.03.003 PubMed PMID: 30006220.

38. Teodorescu C, Preoteasa E, Preoteasa CT, Murariu-Măgureanu C, Teodorescu IM. Perception and attitudes of dentists regarding the complications of conventional acrylic dentures and overdentures supported by teeth or implants. J Med Life. agosto de 2022;15(8):1031-7. doi:10.25122/jml-2022-0020 PubMed PMID: 36188643; PubMed Central PMCID: PMC9514824.

39. Gutierrez-Vargas VL, León-Manco RA, Castillo-Andamayo DE. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Vol. 25. 2015;25(3):179-86.

40. García García NG. Prótesis parcial removible [Internet]. Portoviejo: Universidad San Gregorio de Portoviejo; 2019 [citado 26 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/365366562_Prótesis_parcial_removible

41. Ayuso Montero R, Torrent-Collado J, López López J. Estomatitis protésica: puesta al dia. Artic Publ En Rev Odontoestomatol [Internet]. 2004 [citado 27 de agosto de 2025]. Disponible en: https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/27122

42. Maroto Gallego F. Restauraciones y estructuras metálicas en prótesis fija [Internet]. 2017 [citado 27 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.sintesis.com/libro/restauraciones-y-estructuras-metalicas-en-protesis-fija

43. Läkamp M. Confección de una prótesis completa de los maxilares superior e inferior según el concepto de oclusión biodinámico. Quintessence Téc. 2011;22(3):188-204.

44. Somacarrera Pérez ML, López Sánchez AF, Martín Carreras-Presas C, Díaz

Rodríguez M. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. Av En Odontoestomatol. 2015;31(3):129-34. doi:10.4321/S0213-12852015000300003

45. García López E, Blanco Ruiz AO, Rodríguez García LO, Reyes Fundora D, Sotres Vázquez J. Queilitis: Revisión bibliográfica. Rev Cuba Estomatol. 2004;41(2):0-0.

46. Stark H, Wolowski A. Cuidados posteriores en la rehabilitación con prótesis removible. Quintessence. 2011;24(2):86-95.

47. Cueto A, Martínez R, Niklander S, Deichler J, Barraza A, Esguep A. Prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population in the city of Valparaiso, Chile. Gerodontology. septiembre de 2013;30(3):201-6. doi:10.1111/j.1741-2358.2012.00663.x PubMed PMID: 22500979.

48. Yaparathna N, Hattiarachchi R, Udayamalee I, Bandaranayake C, Tadakamadla SK, An S, et al. Factors associated with successful removable partial denture treatment: an analysis of clinical outcomes and post-insertion events. J Adv Prosthodont. 1 de junio de 2026;18(3):227-40. doi:10.4047/jap.2026.18.3.227

XII. ANEXOS

ANEXO 1.

Ficha de recolección de datos.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Proyecto: Prevalencia de lesiones paraprotésicas postratamiento de prótesis

AUTOR: Arturo Amadeo Díaz Mayta bachiller de la UNMSM

N° HISTORIA CLÍNICA**:** _____ N° FICHA: _____

FECHA INSTALACIÓN: ____/____/_____
FECHA DE CONTROL POSTRATAMIENTO: ____/____/_____

"En todos los apartados marque con X"

1.- Sexo:

- Masculino ☐ Femenino ☐

2.- Edad:

☐ 18–39 años (adulto joven) ☐ 60 años o más (adulto mayor)
☐ 40–59 años (adulto maduro)

3.1 - Estado general:

- Paciente sano ☐
- Paciente con enfermedad sistémica ☐

4.1 Tipo de desdentado:

Clasificación protésica	Maxilar	Mandibular
Clase I (Kennedy)		
Clase II (Kennedy)		
Clase III (Kennedy)		
Clase IV(Kennedy)		
Desdentado total		

4.2 Ubicación y tipo de prótesis:

Tipo de prótesis	Maxilar	Mandibular
Removible Parcial		
Removible Total		

5.- Lesiones paraprotésicas:

Lesión	Subgrupo	Marca (X)
Estomatitis subprotésica	Hiperemia puntiforme	
	Hiperemia difusa atrófica	
	Hiperemia papilomatosa	
Úlcera traumática		
Queilitis comisural		
Ausencia de lesión		

Otros (especificar): _____

Fuente: Original

ANEXO 2.

Ficha de control pos-tratamiento, diseñada por el encargado del curso CIA V y VI, Mg. Jaime Sanchez.

Vista del Anverso

FICHA DE CONTROL POS-TRATAMIENTO

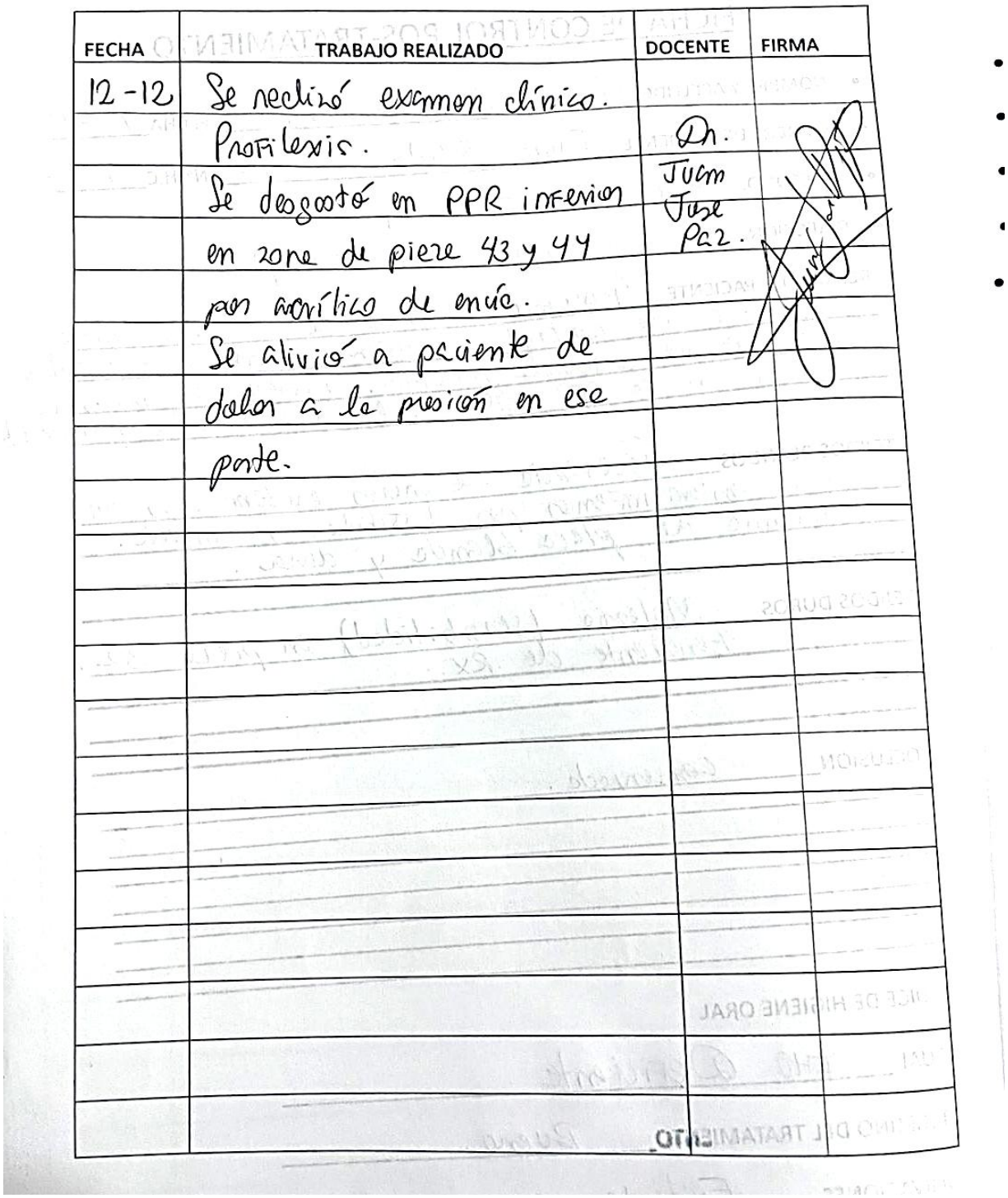
- NOMBRE Y APELLIDO Sandy Lizbeth Gonzales Mamani FECHA 12-12-24
- NOMBRE DEL PACIENTE Inma Toledo La Rosa N° H.C 720-23
- TELÉFONO: +51 958 598 541
- DIRECCIÓN: Jr. Los Aspiros 161 Carabayllo.
- RELATO DEL PACIENTE Paciente femenino de años acude a una cita de control. Actualmente usa protesis total superior y parcial removible inferior. Refiere una molestia al masticar en la PPR inferior del lado derecho por vestibular.
- TEJIDOS BLANDOS Presencia de encías enrojecidas en zona anterior inferior por vestibular y lingual. Presencia de placa blanda y dura.
- TEJIDOS DUROS Molestia (sensibilidad) en pieza 32. Pendiente de Rx.
- OCLUSIÓN Conservada.
- ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

  ACTUAL ~~IHO~~ Deficiente

  AL TÉRMINO DEL TRATAMIENTO Bueno.

  OBSERVACIONES Evidente presencia de placa dura y blanda en zona de dientes anteriores inferiores.

Vista del reverso



FECHA	TRABAJO REALIZADO	DOCENTE	FIRMA
12-12	Se realizó examen clínico.		
	Profilaxis.	Dr.	
	Se desgastó en PPR inferior	Juan	
	en zona de pieza 43 y 44	Jose	
	por acrílico de encía.	Paz.	
	Se alivió a paciente de		
	dolor a la presión en ese		
	parte.		

ANEXO 3.

Propuesta de ficha de control postratamiento creada por Mg. Jaime Sanches y Bach.

Arturo Diaz.

FICHA DE CONTROL POSTRATAMIENTO

Datos personales:

Alumno: _____Cód. estud.: _____

Paciente: _____ N° H.C. _____ N°Contrato: ____

Fecha de instalación ____/____/_____ , control postratamiento: ____/____/_____

Relato del paciente:

“_____

_____

_____

Descripción de los tejidos blandos:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Descripción de los tejidos duros:

_____

_____

_____

_____

Oclusión (dinámica y estática) o esquema oclusal:

_____

_____

Tipo de desdentado (Clasificación de Kennedy):

_____

Tipo de prótesis /material	Maxilar	Mandibular
Parcial Removible		
Total Removible		

Último IHO (%) registrado: _____ IHO (%) actual: _____

Observaciones:

_____

_____

_____

Fecha	Trabajo realizado (detallar el procedimiento)	Docente y estudiante	Firmas