

"PREVALENCIA DE CANDIDIASIS ORAL EN PACIENTES QUE UTILIZAN  
PROTESIS TOTAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVER  
SIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, EN EL PERIODO  
1,990-1,994

TESIS PRESENTADA POR:

LUIS ALBERTO SANCHEZ VELASQUEZ

ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVER-  
SIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE PRACTICO EL EXAMEN GE-  
NERAL PUBLICO PREVIO A OPTAR AL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, JULIO DE 1,994

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

|                |                                   |
|----------------|-----------------------------------|
| Decano:        | Dr. Jorge Martínez Solares        |
| Vocal Primero: | Dr. Juan Luis Pérez Bran          |
| Vocal Segundo: | Dr. Angel Rodolfo Soto Galindo    |
| Vocal Tercero: | Dr. Víctor Manuel Campollo Zabala |
| Vocal Cuarto:  | Br. Jorge Alberto Tello Motta     |
| Vocal Quinto:  | Br. Luis Arturo Orellana Valle    |
| Secretario:    | Dr. Manuel Andrade Bourdet        |

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

|                |                                    |
|----------------|------------------------------------|
| Decano:        | Dr. Jorge Martínez Solares         |
| Vocal Primero: | Dr. Juan Luis Pérez Bran           |
| Vocal Segundo: | Dr. Gustavo Adolfo Leal Monterroso |
| Vocal Tercero: | Dr. Otto Manuel España Mazariegos  |
| Secretario:    | Dr. Manuel Andrade Bourdet         |

DL  
09  
+(1046)

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

A Mis Padres:

EMILIO SANCHEZ  
AMABLE V. DE SANCHEZ (Q.E.P.D.)

A Mi Esposa:

MARIA CONCEPCION DEL AGUILA DE SANCHEZ

A Mis Hijos:

LETICIA  
SANDRA y  
LUIS ALBERTO

A Mis Hermanos:

En especial a:  
VICTORIA VDA. DE LOPEZ

A Mi Familia:

En Especial a mi Sobrino:  
DR. CARLOS ENRIQUE LOPEZ

A Mis Nietos

TESIS QUE DEDICO

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A MIS CATEDRATICOS

A MIS AMIGOS

DRA. LUCIA FORTUNY

DR. OTTO M. ESPAÑA

DR. JORGE MARTINEZ

DR. MARCELO MORALES

DR. BENJAMIN GUZMAN

DR. GUSTAVO LEAL

A la T.S. Norma C de Vassaux , Sra. Adelfa de Ruano y a  
Jessica Masaya por su valiosa colaboración.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado "PREVALENCIA DE CANDIDIASIS EN PACIENTES - QUE UTILIZAN PROTESIS TOTAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, EN EL PERIODO DE 1,990 a 1,992", conforme lo demandan los reglamentos de la - Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de - Guatemala, previo a optar al título de Cirujano Dentista.

Deseo dejar constancia de mi agradecimiento al Dr. Gustavo Leal y al Dr. Manuel España por su valiosa y desinteresada colaboración en la elaboración y corrección del presente trabajo.

Y a los miembros del tribunal examinador las muestras - de mi más alta consideración.

Muchas Gracias.

## I N D I C E

|  | Pag. No. |
|--|----------|
| 1.- Sumario .....                              | 1        |
| 2.- Introducción .....                         | 2        |
| 3.- Planteamiento del Problema .....           | 3        |
| 4.- Definición de Conceptos del Problema ..... | 4        |
| 5.- Justificación .....                        | 5        |
| 6.- Objetivos de la Investigación .....        | 6        |
| 7.- Hipótesis .....                            | 7        |
| 8.- Revisión de Literatura .....               | 8        |
| 9.- Metodología .....                          | 16       |
| 10.- Presentación de Resultados .....          | 17       |
| 11.- Discusión .....                           | 23       |
| 12.- Conclusiones .....                        | 24       |
| 13.- Recomendaciones .....                     | 25       |
| 14.- Bibliografía .....                        | 26       |

## SUMARIO

El presente trabajo consistió en determinar la prevalencia de candidiasis en pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, los cuales utilizan prótesis totales ya fueran ambas o una sola. Se les citó por medio de telegramas oficiales para que se presentaran a las clínicas, utilizando para ello los registros existentes, habiendo concurrido un total de 82. Se les efectuó un examen oral, para detectar lesiones clínicas sugestivas de candidiasis y luego cuando éste se encontró se confirmó a través de un examen de KOH. El resultado fue de 21 pacientes con lesiones confirmadas de candidiasis o sea un 26% y 61 dieron como resultado negativo, o sea un 74%; de este grupo 43 presentaron lesiones clínicas de otro tipo pues dieron negativo en el examen KOH.

La hipótesis se aceptó y dentro de las principales recomendaciones se indica el hacer exámenes para detectar diabetes y aún SIDA, ya que se encuentran muy relacionadas con candidiasis.

## INTRODUCCION

El presente trabajo consistió en determinar la prevalencia de candidiasis oral en pacientes que utilizan prótesis - total en la Facultad de Odontología de la USAC, en el período 1,990-1,992, se utilizó el examen clínico para determinar la presencia de lesiones sugestivas de candidiasis y la confirmación se hizo con examen KOH.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La candidiasis es una alteración difusa, muchas veces - asociada al área de apoyo de una dentadura, con o sin agrietamiento o inflamación de las comisuras bucales, ésta es una de las enfermedades más comunes en la boca.

En la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos se realizan tratamientos de Prótesis Totales y los pacientes tienen posibilidad de tener candidiasis, por lo que se plantea entonces, ¿cuál es la frecuencia de Candidiasis - en los pacientes de Prótesis Total, que solicitan los servicios de la Clínica de Odontología de la Universidad de San - Carlos de Guatemala? (Período 1,990-1,992).

## CONCEPTOS DEL PROBLEMA

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Frecuencia:                  | Cantidad de veces que se repite un hecho.  |
| Pacientes de Prótesis Total: | Personas que solicitan el servicio de la clínica odontológica, recibiendo el tratamiento indicado según el caso.                   |
| Candidiasis:                 | Género de hongos semejantes a las levaduras, con apariencia de acuerdo a indicadores clínicos de cualquier tipo de candidiasis.    |
| Inflamación:                 | Cambio en los tejidos consistente en alteración en color, calor, sudor y tumor. Puede deberse a trauma, infección, neoplasia, etc' |

## JUSTIFICACION

Es importante conocer la cantidad de pacientes que usan Prótesis Total y utilizan los servicios de la Clínica de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que presentan candidiasis asociada al uso de Prótesis Total.

Debido a la responsabilidad que como odontólogos se tiene para prevenir a los pacientes de Prótesis Total respecto - al cuidado para evitar la producción de esta patología.

## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- Establecer la frecuencia de pacientes que presentan candidiasis asociada al uso de Prótesis Total, en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos (1,990-1,992).
- Determinar la frecuencia por sexo.
- Determinar la frecuencia por tiempo de uso de la Prótesis Total.
- Determinar la frecuencia por arcada (superior e inferior).

### HIPOTESIS

Los pacientes con Prótesis Total en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, presentan Candidiasis.

Variable dependiente: Candidiasis

Variable independiente: Uso de Prótesis Total.

## REVISION DE LITERATURA

### CANDIDIASIS:

La Candidiasis es una enfermedad de especial importancia para el práctico odontólogo, ya que es, sin duda, la infección fungicida más frecuente de la cavidad bucal. Producida por el hongo *Cándida Albicans*, puede presentarse en diferentes regiones del cuerpo, así como en la boca. Aunque aparece con mayor frecuencia en sitios calientes y relativamente húmedos, como la ingle, los labios vulvares, conducto vaginal, el saco escrotal y la región perianal, la cavidad bucal también es -- una localización frecuente ya que está constantemente húmeda y caliente. En algunos casos están afectadas ciertas regiones como la piel, el cuero cabelludo y las uñas. También puede presentarse en el jugo gastrointestinal, y alguna vez en las vías respiratorias y los pulmones. En casos raros, los gérmenes son transportados por la sangre y ampliamente diseminados, en cuyo caso la distribución miliar puede ocasionar la muerte (2).

Las especies *Cándida*, son un componente normal de la flora microbiana normal bucal, las condiciones ambientales de la boca alteran y promueven la formación de colonias de este microorganismo oportunista en el epitelio superficial. (1)

### MANIFESTACIONES CLINICAS:

La Candidiasis puede manifestarse en la cavidad bucal, de diferentes maneras. En los casos típicos está caracterizada por lesiones elevadas por el color grisaseo o blanco grisaseo en la mucosa bucal. Estas áreas papulosas o parecidas a placas, varían en cuanto a tamaño, forma, frecuencia y distribución. Las lesiones que parecen formaciones de "leche cuaja

das", tienen una consistencia moderadamente blanda, ya que - está compuesta de células epiteliales necróticas y gérmenes de Monilias. En general están débil o moderadamente adheridas a los tejidos subyacentes y se desprenden fácilmente con una torunda de algodón sujeta por unas pinzas. Una vez se separada, los tejidos subyacentes tienen a veces aspecto normal, pero muchas veces la separación de la placa necrótica - ocasiona una formación de tipo erosivo o se observan puntos hemorrágicos del tamaño de una cabeza de alfiler o petequias. Esta variedad clínica de moniliasis bucal se parece muchas - veces a las lesiones de hiperqueratosis, leucoplasia o hasta líquen plano, y se conoce como tipo subagudo o queratósico - de la moniliasis. (13,14)

Algunas veces la candidiasis aparece como una lesión inflamatoria desprovista de placas de tejido necrótico. La lesión es difusa, intensamente roja, brillante, viscosa y ligeramente tumefacta. La inflamación moniliásica puede limitarse a una región limitada de la boca, como la mucosa de las - mejillas, paladar, encías o lengua, o puede afectar a todos los tejidos de revestimiento. Esta forma de infección bucal no es fácil de diagnosticar ya que se parece mucho a otros - tipos de estomatítis producidos por la alergia, mala nutri--ción o hipovitaminosis. (13,14)

Aún en otros casos, las manifestaciones de candidiasis bucal, pueden comprender características de ambos tipos, placas grisáceas de aspecto de leche cuajada desparramadas sobre una mucosa difusamente inflamada. La distribución puede ser local o general. Los síntomas subjetivos no suelen ser im--portantes, pero los enfermos suelen aquejar ardor, malestar y sequedad en la boca, acompañados algunas veces de dolor moderado. (1,2,3)

Pueden afectar cualquier área de la mucosa: es posible que se desarrollen en áreas eritematosas o blancas debajo de dentaduras parciales o completas; o bien, las placas blancas pueden influir toda la mucosa bucal o áreas bien protegidas. Las lesiones pueden influir toda la mucosa bucal o áreas bien protegidas. Las lesiones pueden influir toda la mucosa bucal ó áreas relativamente localizadas en que los mecanismos normales de aseo son inadecuados; techo de la boca, pliegue mucobucal o región retromolar. No es raro que el paciente, y en ocasiones el dentista, consideren que las áreas inflamadas dolorosas son secundarias a una infección bacteriana y continúen administrando el antibiótico causal en dosis mayores.

Deben hacerse notar que a pesar que algunos casos de candidiasis bucal se idnetifican correctamente a base de su aspecto clínico, especialmente las lesiones papulosas o de aspecto queratóšico, el diagnóstico definitivo solo puede establecerse mediante los exámenes de laboratorio. (1,2,7,8,13, 14).

#### HISTORIA CLINICA:

Los antecedentes personales tienen poca importancia diagnóstica, excepto en lo que se refiere a que la candidiasis se presenta con mayor frecuencia en personas de los grupos extremos de edad, es decir, en los niños y los ancianos.

Tiene especial importancia los antecedentes médicos y debe ponerse atención en los datos referentes a las enfermedades crónicas o que ocasionan una gran debilidad. La moniliasis se presenta fácilmente en los enfermos que sufren mala nutrición o hipovitaminosis, ya que la causa primaria pue

de ser una insuficiencia dietética o un síndrome de mala absorción. El alcoholismo y la diabetes no compensada, también pueden actuar como factores predisponentes. También predisponen a la candidiasis bucal las enfermedades debilitantes como anemia crónica, leucemia, pénfigo y fases terminales de los procesos malignos. La frecuencia de la candidiasis en los trastornos crónicos o debilitantes se explica por el hecho que la *Cándida Albicans*, como los microorganismos que producen la infección de Vincent, es un morador habitual de la cavidad bucal que puede hacerse invasor e infectante cuando disminuye la resistencia individual. (12)

#### CLASIFICACION DE CANDIDIASIS ORAL:

Candidiasis pseudomembranosa aguda es una de las categorías más comunes de la enfermedad. Se origina en cualquier edad, pero por lo regular ocurre en personas débiles o crónicamente enfermas, o en los lactantes. Las lesiones bucales se caracterizan por la aparición de placas ligeramente elevadas, de color blanco, blandas, que con frecuencia se presentan en el paladar, encía y piso de la boca. Las placas, que a menudo se describen como muy toscas, semejantes a coágulos de leche, consisten principalmente en masas enredadas de hifas fungoides con epitelio descamado, queratina, fibrina, restos necróticos, leucocitos y bacterias entremezcladas. Las placas blancas por lo regular se pueden eliminar con una gasa y dejar ya sea una mucosa con aspecto relativamente normal o un área eritematosa. En los casos graves puede estar afectada toda la actividad bucal. (5,6,7,8,9)

Candidiasis atrófica aguda se presenta ya sea como una secuela de la pseudomembranosa aguda, o se origina de nuevo. Las lesiones son más rojas o eritematosas que blancas, y de

esa manera se parecen al tipo pseudomembranoso, en el cual se ha eliminado la membrana blanca. También puede aparecer en cualquier sitio. Según Lehner es la única variedad de candidiasis bucal que causa dolor. (8,9)

Candidiasis hiperplásica crónica es del tipo leucoplásico de la candidiasis. Las lesiones bucales consisten en -placas firmes, de color blanco, persistentes que se localiza en labios, lengua y carrillos. Estas lesiones pueden durar años. (8,9)

Candidiasis Atrófica Crónica, ésta incluye la úlcer bucal por dentadura y la queilitis angular. La úlcer bucal - por dentadura es una inflamación difusa del área de apoyo de una dentadura, con o sin agrietamiento e inflamación de las comisuras bucales. Si persiste candidiasis atrófica crónica e hiperplasia papilar palatina debajo de una dentadura mal - ajustada, las lesiones del paladar serán aterciopeladas o -- pueden semejar la superficie de una fresa muy madura, con hemorragia a la presión ligera. Durante los períodos de exacerbación suele haber dolor y ardor, pero el área roja descarnada persistirá por años en tanto se utilice la dentadura. En la candidiasis atrófica crónica se encuentran títulos de anticuerpo muy elevados contra Candida albicans en suero y saliva, un hecho de gran importancia diagnóstica porque el número de levaduras y micelios el paladar y las lesiones angulares es mucho menos que en las candidiasis agudas. (8,9,13,14)

La etiología de la úlcer bucal por dentadura es un tema de controversia, aunque en los últimos años se ha apoyado más el concepto de que representa una forma de candidiasis - crónica de la mucosa bucal. Las causas más clásicas de esta lesión (traumatismo por dentadura mal ajustada, pérdida de - la dimensión vertical y carencia de vitamina B pueden in---fluenciar en conjunto en las de la mucosa del paladar y las angulares sin embargo, desaparición del enrojecimiento y ulceración del paladar y de las fisuras angulares después del tratamiento antimicótico sugiere que en este caso las especies de Candida actúan probablemente como agentes infeccio--

sos endógenos en tejidos predispuestos a la invasión microbiana por un traumatismo crónico. En masas de 80% de los pacientes con queilitis angular persiste la estomatitis por dentadura. La queilitis angular también es rara en pacientes con -- deshibición natural. El término perlequia, aplicado originalmente a los casos de queilitis angular por carencia de vitamina B, se utiliza hoy en día como sinónimo de queilitis angular. (1,2,8,9)

Con frecuencia, coexisten la úlcera bucal por dentadura y la hiperplasia papilar del paladar. No se ha comprobado -- que *Cándida* sea un agente causal en el último trastorno, y -- si bien el tratamiento antimicótico modifica el aspecto rojo vivo, de fresa madura, de esta lesión combinada, no resolverá la lesión papilomatosa básica. Además de quitar la dentadura se aconseja el tratamiento antimicótico antes de extirpar con cirugía la hiperplasia papilar del paladar, porque la eliminación de la inflamación de la mucosa deja un tejido más firme para la cirugía y a menudo reduce la cuantía de tejido que necesite extirparse. (2)

La frecuencia cada vez mayor de candidiasis bucal en pacientes que utilizan dentaduras y otros dispositivos removibles se relacionan con un gran aumento del número de *Cándida* que puede cultivarse en la boca. Estos incrementos no sólo -- se encuentran en las lesiones en sí, sino también en la lengua, la mucosa del paladar, la saliva y la superficie tisular de la dentadura superior. (3)

La presencia de levaduras unidas a la dentadura se considera un factor etiológico importante de Candidiasis Atrófica Crónica y quizá sea el único sitio en que es factible demostrar las levaduras en un frotis teñido. El grado de fijación de la levadura a las dentaduras de los pacientes aumenta por el moco y el suero y disminuye por la presencia de la película salival lo que ofrece una explicación de la gravedad de la candidiasis en pacientes con xerostomía. La contribución de otras bacterias de la boca a la fijación de la levadura es --

menos clara, pero su lavado con solución de clorohexidina al 2% o suspensión de micostatin las eliminará. En consecuencia, la desinfección de la dentadura se considera una parte importante del tratamiento. Los recubrimientos blandos de las dentaduras proporcionan una superficie porosa y la oportunidad para la fijación mecánica adicional de placas bacterianas y levaduras. Se ha demostrado que algunos de los compuestos que inhiben a *Candida albicans* in vitro, pero no se ha aclarado la importancia que de este hecho in vivo por factores de solubilidad y absorción aún desconocidos. La mayor parte de los informes de la presencia de colonias de *Candida* en recubrimientos suaves se han descrito en los tipos de caucho y silicón; en general, los recubrimientos suaves consideran un riesgo adicional para la candidiasis oral. (1,2,3,5,7, 10)

La úlcera bucal por dentadura rara vez se encuentra en la mandíbula. Una posible explicación de este hecho es que la presión negativa debajo de la dentadura maxilar elimina el anticuerpo salival de esta región y las levaduras pueden reproducirse sin problemas en el espacio entre la dentadura maxilar al paladar también puede poner en contacto con la mucosa al gran número de levaduras adheridas a su superficie. (3)

#### ASPECTOS HISTOLOGICOS:

Los cortes histológicos para biopsia que provienen de una lesión de candidiasis bucal mostrarán células de levadura y de hifas o de micelios en las capas superficiales y en las más profundas del epitelio afectado. (10)

#### EXAMENES DE LABORATORIO:

Se hace un frotis de los fragmentos del material de la placa en un portaobjetos de microscopio, se maceran con hidróxido de potasio al 20% y se examinan para encontrar las hifas características. Además, el microorganismo se puede cultivar en diferentes medios, incluyendo el agar sangre, el agar corneal y al caldo de Sabouranud, para ayudar a establecer el diagnóstico. (7)

**TRATAMIENTO:**

En la candidiasis bucal crónica, la respuesta a los antimicóticos tópicos o al cetoconazol puede ser menos espectacular, generalmente por la persistencia de factores predisponentes como dentaduras flojas, hábitos o lesiones queratósicas subyacentes. Sin embargo, el micostatin en crema debajo de una dentadura o en las lesiones de la queilitis angular, suele eliminar el enrojecimiento y promover el encogimiento de la mucosa y la cicatrización de fisuras. Dos o cuatro semanas de tratamiento con cetoconazol tienen la misma eficacia. La terapéutica de la úlcera bucal por dentadura y la queilitis angular debe incluir la eliminación de cándida de la superficie de la dentadura elaborando una nueva o recubriéndola y conservándola sin Cándida añadiendo unas gotas de suspensión de micostatin antes de introducirla en la boca. (1,9,10)

**COMENTARIO:**

Siendo una enfermedad de alta frecuencia, se debe hacer énfasis en la educación que el odontólogo debe dar a sus pacientes respecto al cuidado de sus prótesis totales; ésta sería la única manera de evitar la presencia de esta entidad; las medidas serían: descansar las prótesis total durante la noche al dormir y tener cuidado higiénico adecuado de las mismas.

## METODOLOGIA

Se solicitó permiso a la Dirección de Clínicas de la Facultad de Odontología, y se revisó las fichas de los pacientes ingresados en período de enero a junio de 1,990-1,992.

El tamaño de la población estudiada fueron los pacientes ingresados en el período de enero a junio 90-92 con Prótesis Total.

Se examinó intraoralmente los pacientes, para establecer la presencia de las lesiones.

El diagnóstico final fue establecido mediante los resultados del examen de laboratorio (KOH), determinándose si fue positivo a la presencia de Cándida.

En base a los datos obtenidos, se elaboró el informe final que a continuación se presenta.

Indicadores de Candidiasis: Examen KOH positivo.

## PRESENTACION DE RESULTADOS

De los 82 pacientes examinados 21 dieron positivo el examen de candidiasis confirmado con KOH o sea una frecuencia del 26% el número negativo fue de 61, o sea 74%; de los 21 positivos 7 eran de sexo masculino y 14 del femenino o sea el 33% y 67% respectivamente.

El número de negativos fue de 61 pero de éstos, 43 presentaban lesiones clínicas, los cuales se descartaron pues al examen KOH fueron negativos, o sea el 66% tenían lesiones de otro tipo, de este grupo 6 pertenecen al sexo masculino y 37 al femenino.

De los pacientes positivos todos utilizaban ambas dentaduras.

De los pacientes negativos, pero con lesiones clínicas, 42 utilizaban ambas prótesis y 1 la superior perteneciente al sexo femenino.

Se encontraron también 17 pacientes con ambas prótesis y uno con la superior perteneciente al sexo masculino, lo que hace 1 de 18 pacientes sin lesiones.

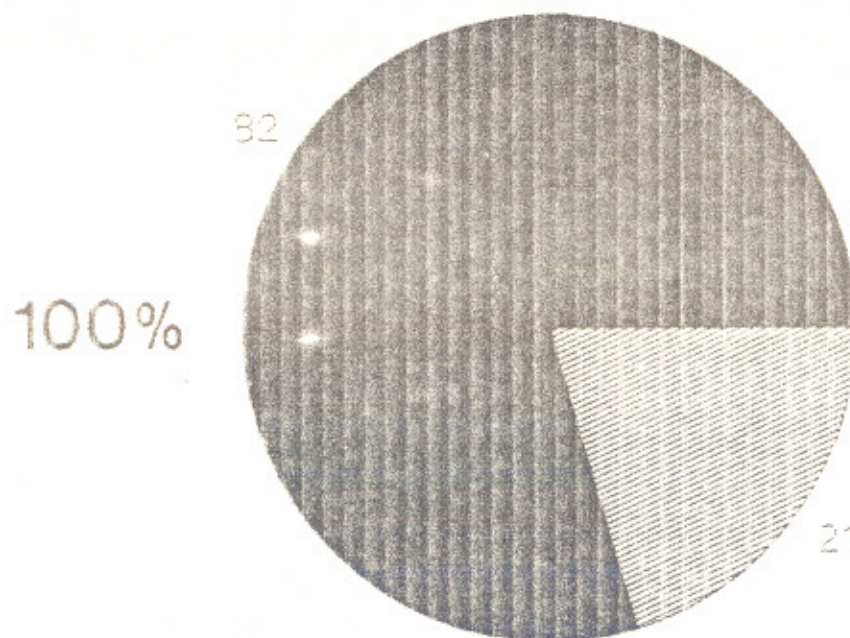
No se estableció una relación entre sexos, pues la población estudiada no estuvo conformada por grupos iguales, lo que sí ocurrió fue que se examinaron a un mayor número de pacientes con más tiempo de usar sus prótesis habiéndose encontrado que a mayor tiempo, mayor frecuencia.

Con estos resultados, la hipótesis planteada fue aceptada.

PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se presentan gráficas de diversa índole, que contienen los requerimientos básicos, así como su descripción e interpretación.

# FRECUENCIA DE PX. CON CANDIDIASIS. CONFIRMADA (POSITIVO)

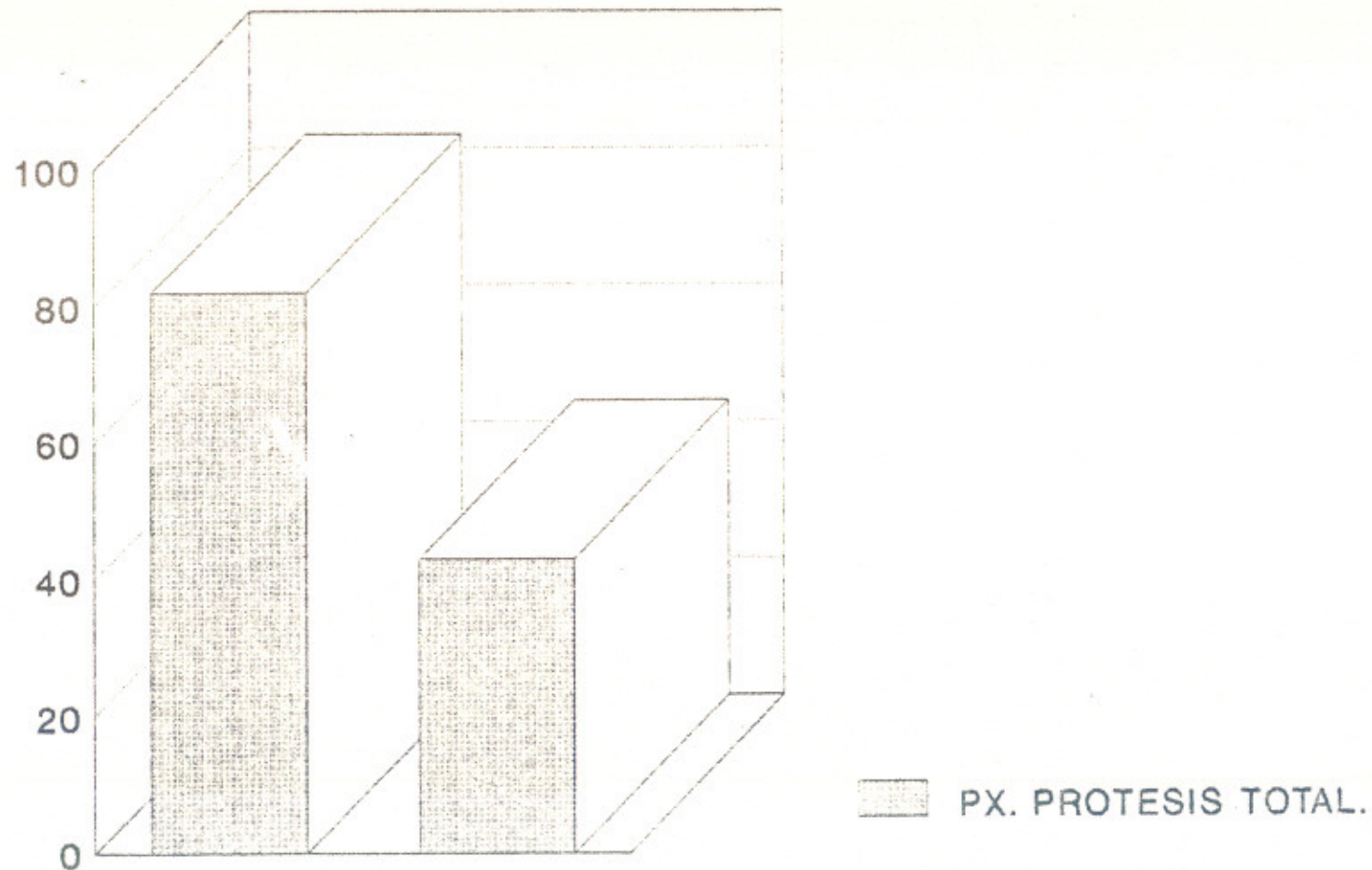


PX. CON CANDIDIASIS.

FUENTE:PX DE P.T. FAC. ODONTOLOGIA USAC. 90-92.

En la presente gráfica se observa que 21 pacientes del total de 82 examinados presentaron candidiasis.

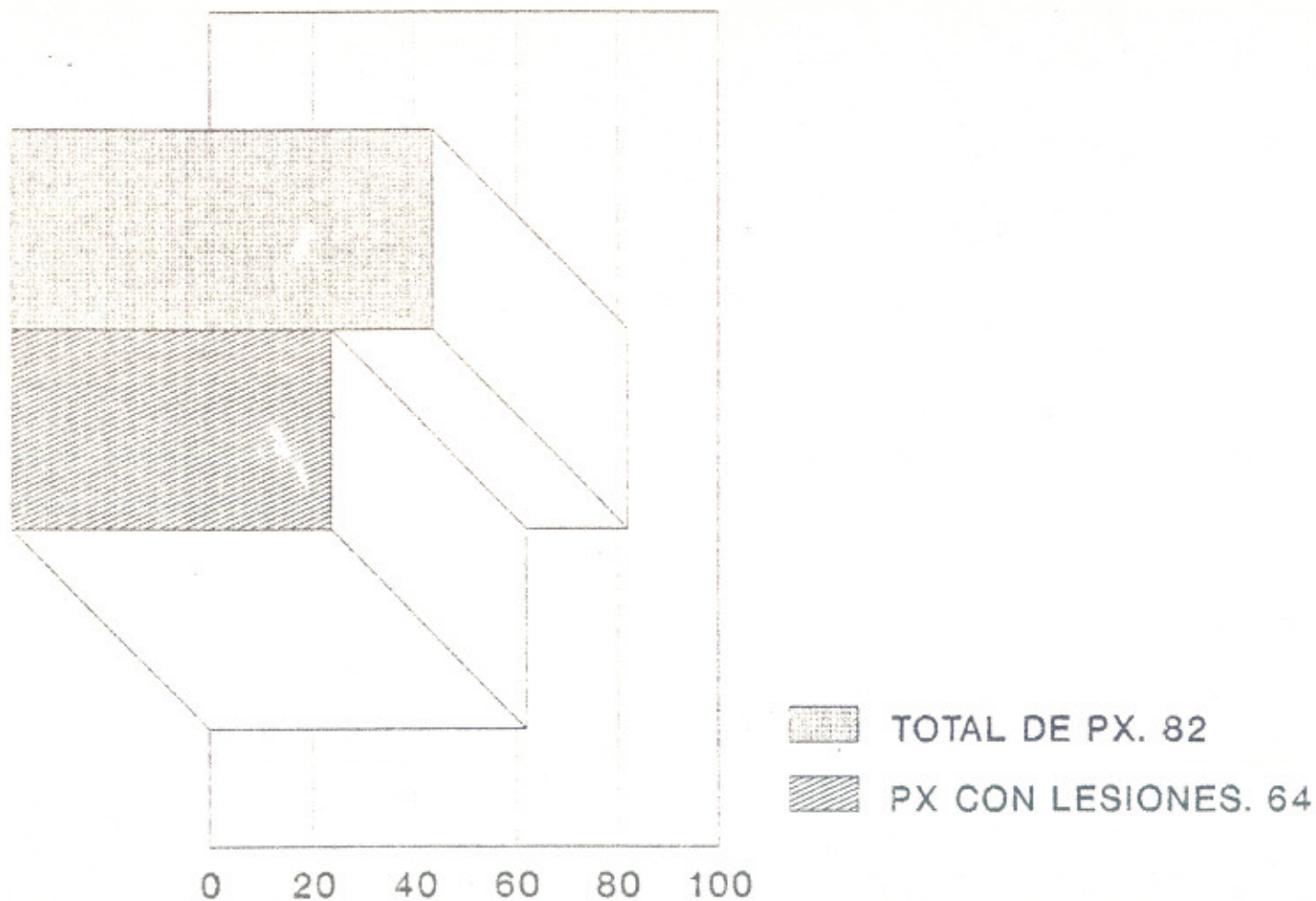
## PX. DE PROTESIS TOTAL. LESIONES CLINICAS CON KOH NEGATIVO.



FUENTE: PACIENTES DE PT. ODONTOLOGIA USAC 90-92.

En la presente gráfica se observa que el 52% de Pacientes presentaron lesiones clínicas, pero que al examen KOH salieron negativos, esto equivale a 43 pacientes de 82 examinados.

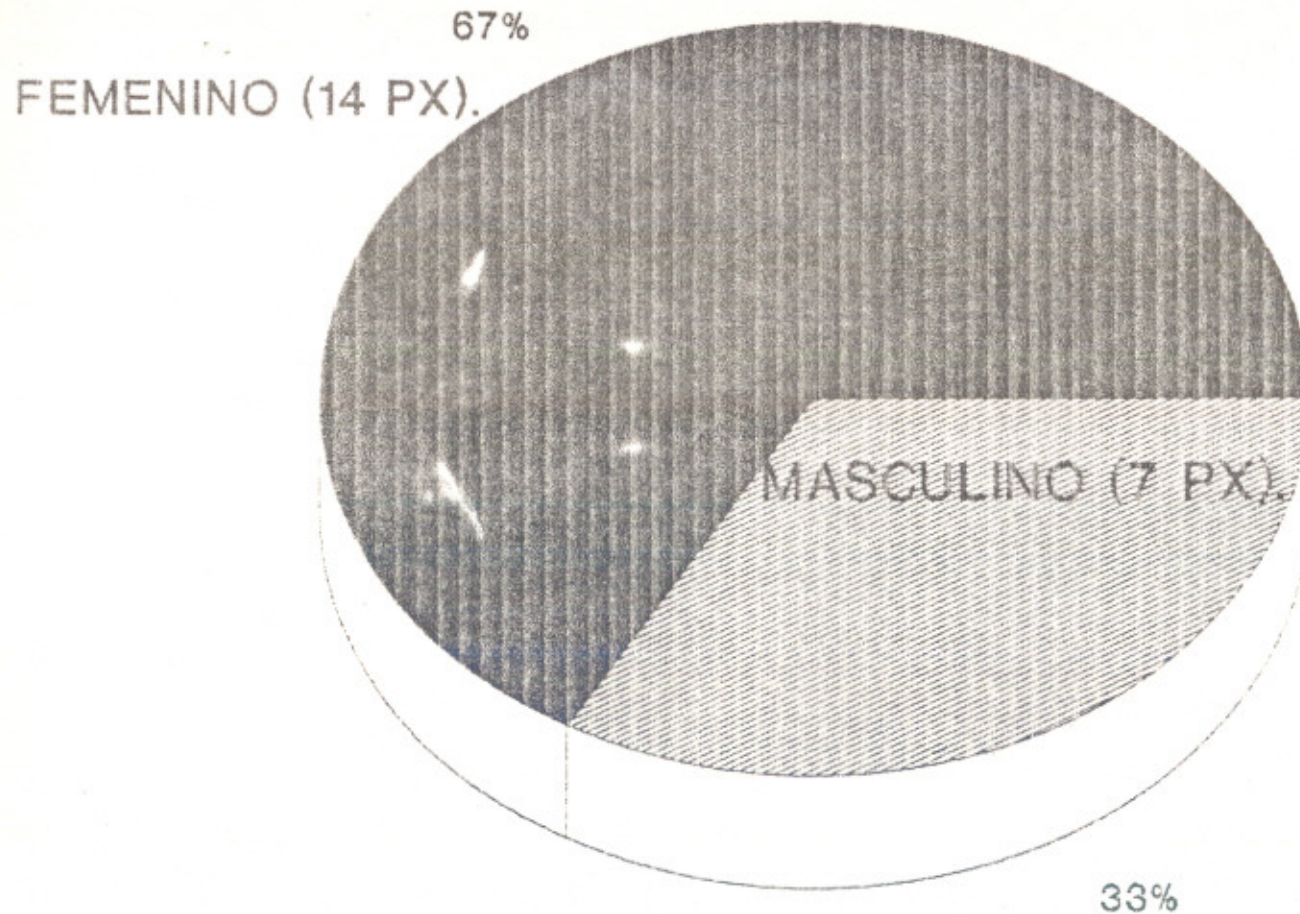
## TOTAL DE PACIENTES CON LESIONES. CON O SIN CONFIRMACION KOH.



FUENTE:PX. DE PT. ODONTOLOGIA USAC 90-92.

En la presente gráfica se observa que el 78% del total de Pacientes presentaron clínicamente lesiones sugestivas de Candidiasis, esto equivale a 64 pacientes de 82 examinados.

# DISTRIBUCION DE PX. SEGUN SEXO. CON LESION DE CANDIDIASIS CONFIRMADA.



FUENTE:PX. DE PT. ODONTOLOGIA USAC. 90-92.

En la presente gráfica se observa la distribución en % de Pacientes según el Sexo con lesiones de Candidiasis confirmada. Nótese que fueron 8.5% del sexo masculino o sea un número de 7 y 17% del sexo femenino o sea 14 pacientes. Esto sobre un total de 82 examinados.

## DISCUSION

En el presente estudio se examinaron a 82 pacientes de Prótesis Total de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos. De éstos, 80 tenían -- Prótesis Superior e inferior, 1 con superior y otro con inferior; 19 pertenecían al sexo masculino y 63 al femenino.

El tiempo de uso de las prótesis estuvo comprendido entre 3 meses y 2 años.

La frecuencia absoluta de candidiasis encontrada fue de 21, haciendo una frecuencia relativa de 26%. De los 21 casos encontrados, 7 eran del sexo masculino y 14 del femenino esto podría deberse a que en el grupo de estudio había más pacientes del sexo femenino.

En la población se encontraron lesiones clínicamente - sugestivas de candidiasis en 63 pacientes o sea el 70%.

Como se sabe la irritación es una de las causas de can didiasis y el uso de prótesis produce esta situación; esto - explicaría el número tan elevado con lesiones clínicas.

También no puede dejarse de mencionar como posibles cau sas la mala higiene oral, el desajuste del constante uso.

No debe desestimarse que este tipo de lesiones también aparecen en enfermedades sistémicas, como por ejemplo enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus y otras enfermedades que alteran el sistema inmunológico como el SIDA, en fermedades debilitantes como neoplasias y deficiencias nutri cionales, éste último aspecto muy común en la población guatemalteca. Por lo tanto sería conveniente hacer investiga ciones más profundas en este grupo de pacientes.

## CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes examinados presentaban más de - algún tipo de lesión.

Relativamente el mayor número de pacientes examinados - fue de sexo femenino.

La mayoría de pacientes presentaban ambas prótesis.

La región con más lesiones fue el paladar, siguiendo -- luego los rebordes inferiores.

18 no presentaban lesiones clínicas, de éstos 6 eran -- sexo masculino y 12 del femenino.

43 presentaron algún tipo de lesión clínica pero dieron negativos en el KOH, de éstos 6 eran masculinos y 37 femeninos.

21 presentaron lesiones clínicas que dieron positivo el KOH, siendo éstos 7 del sexo masculino y 14 del sexo femenino.

El universo examinado fue de 82 pacientes.

El tiempo promedio del uso de prótesis fue de 3 años, - siendo el máximo de 6 y el mínimo de 3 meses. Tanto el máxi mo como el mínimo presentaron lesiones clínicas de candidiasis y confirmaron con el KOH.

## RECOMENDACIONES

- 1) Hacer un seguimiento a los pacientes que utilicen prótesis total.
- 2) Elaborar un programa de higiene oral para este tipo de pacientes, haciendo énfasis en la forma de lavar las prótesis.
- 3) Llevar a cabo en lesiones sospechosas biopsias de las mismas para descartar malignidad.
- 4) Efectuar evaluaciones sistémicas a los pacientes que presenten candidiasis para descartar cualquier tipo de alteración sistémica.
- 5) Educar y reforzar en estos pacientes el peligro de la automedicación principalmente de antibióticos.
- 6) Buscar en los pacientes con candidiasis manifestaciones de desnutrición al momento de efectuar el examen oral.

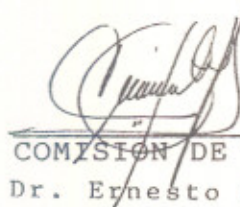
BIBLIOGRAFIA

1. Bhaskar, S.N. Patología Bucal 6a. ed. Argentina Editorial El Ateneo, 1981. pp 8-9, 287-291.
2. Burket, L.W. Oral Medicine. 5a. ed. USA, Lippincot Company, 1961. pp. 81-83.
3. Conde, M.C. Tesis. Frecuencia de Candidiasis Seudomembranosa Aguda en niños de 0 a 6 meses de edad y su relación con Candidiasis Vaginal Materna, en pacientes del área urbana del Municipio de Patzún, Chimaltenango, Guatemala julio 1991.
4. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 4a. ed. España, Salvat Editores, 1952. pp. 150-151, 214.
5. Gorlin, R. Patología Oral. España, Salvat Editores, 1983, pp. 809-911.
6. Chang, C.F. Tesis. Lengua Anquilosada y su prevalencia en el Municipio de Casillas, Guatemala, Noviembre de 1979.
7. Jawetz, E.J. Melnick. Microbiología Médica. 10a. ed. México, El Manual Moderno, 1983. pp. 304-306.
8. López A.C. Manual de Patología Oral. Guatemala, Editorial Universitaria, 1984. pp. 355-357.
9. Lynch, M.A. Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento. 8a. ed. México, Interamericana, 1987. pp. 220.
10. Shaffer, W.G. Tratado de patología Oral. 4a. ed. México, Interamericana, 1987. pp. 401-403.
11. Mendenoll, S.W. Estadística Descriptiva y Matemática con Aplicaciones. University of Florida, Grupo Editorial Iberoamérica.
12. Arrivillaga, M.A. Tesis. Prácticas primarias, unidad de prácticas primarias, Facultad de Ingeniería de la Universidad de San carlos de Gautemala, enero de 1992.
13. Robbins, S.A. Patología Humana. 3a. ed. México, Interamericana, 1985. p. 414.
14. Zegarelli, E.V. Diagnóstico en Patología Oral. España, Salvat, 1976. pp. 389-391.



  
Luis Alberto Sánchez Velásquez

  
Dr. Gustavo Adolfo Leal M.  
ASESOR

  
COMISION DE TESIS  
Dr. Ernesto Villagrán



  
COMISION DE INVESTIGACION  
Dra. Mirna Calderón

  
SECRETARIO GENERAL  
Dr. Manuel Andrade



PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central