



Fluconazol: Seguridad y Eficacia en el Control de la Estomatitis Sub-Protésica Asociada a *Candida*

Recibido para Arbitraje: 31/01/2008
Aceptado para Publicación: 10/04/2008

Salazar Esmeralda*; Cardozo Elba**; Pardi Germán***; Perrone Marianella****.

*Profesora Titular de la Cátedra de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Odontología, UCV.

** Profesora Asociado de la Cátedra de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Odontología, UCV.

*** Profesor Titular de la Cátedra de Microbiología de la Facultad de Odontología, UCV.

****Profesora Titular del Instituto de Investigaciones Odontológicas "Raúl Vincentelli" de la Facultad de Odontología, UCV.

RESUMEN:

La Estomatitis Sub-Protésica (E.S.P.) describe cambios patógenos encontrados en los tejidos de soporte de la dentadura. Dichos cambios se caracterizan por la presencia de un eritema, debido entre otros factores a la proliferación de microorganismos del Género *Candida*. Es por ello que el objetivo principal del presente trabajo fue comprobar la eficacia del Fluconazol (Diflucán®) tanto por vía oral como en forma tópica sobre la mucosa afectada, en un grupo de pacientes con diagnóstico de E.S.P. inducida por *Candida*. En esta investigación se seleccionaron 30 pacientes que acudieron al Servicio de Clínica Estomatológica "Magdalena Mata de Henning" con diagnóstico presuntivo de E.S.P., éstos fueron divididos en 3 grupos de 10 pacientes cada uno: Grupo A: Los cuales fueron medicados una vez al día con Fluconazol (Diflucán®), administrado por vía oral, y aplicado tópicamente en forma de suspensión en la prótesis, en ambos casos durante 14 días; Grupo B: Quienes fueron medicados una vez al día con Fluconazol (Diflucán®), administrado por vía oral por 14 días, pero sin medicación para la prótesis. Grupo C: A quienes se les administró un placebo una vez al día, durante 14 días pero sin aplicación de producto sobre la prótesis. De igual manera, se les dictaron instrucciones a todos los pacientes en relación con el mantenimiento de una adecuada higiene bucal, así como realizarla previa administración del tratamiento antimicótico. En este estudio se demostró que el tratamiento antimicótico con Diflucán®, es eficaz contra la E.S.P. inducida por *Candida*.

Palabras clave:

Fluconazol, Estomatitis Sub-Protésica, *Candida*.

SUMMARY:

Denture Stomatitis (DS), defined as a confluent erythema and oedema of the denture bearing area of the palate. The occurrence of *Candida* can be demonstrated in the mouth in persons with DS to a significantly higher degree than in healthy controls, and different antifungal agents has frequently been used in dental practice in order to cure the disease. The purpose of this study was to evaluate the clinical efficacy and the safety of oral fluconazole (Diflucan®) in

patients with denture stomatitis. The study was performed using an open test method, without a comparative drug. Thirty five patients, aged between 28 to 59 years old, were included in the investigation. *Candida* was cultured from the surface of maxillary dentures and mucosa of all the patients. Patients were treated with oral fluconazole (50mg) given once daily for 14 days and medication of dentures with the same agent. The effect of treatment was evaluated by changes in the clinical erythema, the yeast colonization obtained by mycologic sampling on the palatal mucosa and on the denture base. Results showed that *Candida albicans* was the most frequent species found in all the patients. We could also demonstrate that the implemented therapy was significantly effective in reducing the candidal populations of the maxillary denture as assessed by scoring of smears and cultures of the palatal denture-bearing mucosa. We concluded that fluconazole is an effective treatment for denture stomatitis, including those patients who persist in wearing dentures continuously.

Key words:

Fluconazole, Denture Stomatitis, *Candida*.

INTRODUCCION:

En la mayor parte de los países industrializados tienen una tasa de edéntulos relativamente baja, mientras que en los países subdesarrollados por el contrario, gran parte de la población es portadora de al menos una prótesis dental removible, bien sea total o parcial. La presencia de prótesis dental en la boca de estos sujetos edéntulos predispone al desarrollo de una lesión característica: Estomatitis Sub-Protésica¹.

La Estomatitis Sub-Protésica ha sido definida como una inflamación de la mucosa de soporte que está en contacto con la superficie interna de la prótesis², siendo ésta más frecuente en el maxilar superior^{3,4,5,6}. Hace años era considerada únicamente como una inflamación causada por la irritación de la mucosa del paladar, debido a la presencia de prótesis dentales mal adaptadas y era tratada solamente en ese sentido^{5,7,8}.

Los trabajos de Budtz-Jørgensen realizados a mediados de los años 70, contribuyeron a evidenciar la importancia de la colonización debajo de las prótesis dentales por parte de *Candida albicans*, como un factor implicado en la etiología y en el desarrollo de esta entidad. Posteriormente, otros factores han sido considerados, entre estos: mala higiene bucal, diversas condiciones sistémicas, alimentación deficiente y uso continuo de prótesis dental^{1,9}. Varios investigadores coinciden en señalar que entre 25% y 65% de los pacientes portadores de prótesis dental removible presentan E.S.P., aunque la proporción de individuos afectados puede ser en ocasiones superior a 65%, ya que esto va a depender en parte, del tipo de población seleccionada, así como de otros factores involucrados^{10,11,12,13,14}. Esta patología es más común en mujeres que en hombres y se observa más frecuentemente en sujetos con edades comprendidas entre 25 y 90 años^{12,13,15,16}. Cabe destacar además que, la prevalencia de E.S.P. se incrementa a medida que aumenta la edad de los sujetos¹⁰.

Actualmente, la Estomatitis Sub-Protésica constituye el principal motivo de consulta de los pacientes que acuden al Servicio de Clínica Estomatológica "Magdalena Mata de Henning" de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Por tal razón, es necesario implementar tratamientos adecuados para su erradicación, tomando en cuenta claro está, la etiología de la misma^{17,18,19}.

La mayoría de los pacientes que presentan Estomatitis Sub-Protésica hay que medicarlos con un agente antimicótico que permita lograr la curación de la lesión, ya que se ha

Fluconazol: Seguridad y Eficacia en el Control de la Estomatitis Sub-Protésica Asociada a *Candida*

demostrado que microorganismos pertenecientes al Género *Candida* están seriamente comprometidos en su etiología^{5,20,21,22,23,24,25,26}. La infección producida por distintas especies de *Candida*, y en especial por *C. albicans*, puede derivar en el establecimiento de una Candidiasis, particularmente cuando existe debilidad, desnutrición, alteración o ausencia de mecanismos de defensa normales del cuerpo que conlleven a una notable descompensación en el balance normal de la microbiota residente en las diferentes mucosas que la conforman, lo que se traduce en un desequilibrio ecológico, la cual se puede manifestar bien sea de manera diseminada o de manera superficial, involucrando la mucosa bucal, siendo una de las variantes más comunes la Candidiasis Crónica Atrófica (o E.S.P. inducida por *Candida*)²⁷.

Se han empleado diversas drogas antimicóticas para el tratamiento de esta entidad., tales como Antibióticos Poliénicos (Nistatina y Anfotericina tópica), Imidazoles (Ketoconazol y Miconazol tópico) y Triazoles (Itraconazol y Fluconazol)^{9,28}.

El Fluconazol es un nuevo agente antimicótico del grupo de los triazoles con claras ventajas frente a otros compuestos antimicóticos: presenta mejor absorción que el Ketoconazol ya que no requiere de pH ácido ni su absorción se ve afectada por otros fármacos. Se absorbe bien, rápidamente y a diferencia de los imidazoles difunde muy bien a través de la barrera hematoencefálica alcanzando altas concentraciones en líquido cefalorraquídeo. La vida media del Fluconazol (25 a 30 horas) es mucho más prolongada que la del Ketoconazol lo cual implica menores requerimientos diarios de dosificación, y más prolongada también que la del Itraconazol (20 horas), otro compuesto triazólico. El Fluconazol se elimina principalmente por la orina y la eliminación del Itraconazol es fundamentalmente biliar. Una ventaja adicional de los triazoles es que no afectan la síntesis de hormonas esteroides y por tanto no producen trastornos endocrinos. Así mismo, la administración de una dosis única diaria de Fluconazol es de una gran utilidad ya que facilita el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente²⁹.

El incremento de la candidiasis en la últimas décadas se acompaña con el desarrollo de nuevos agentes antimicóticos, menos tóxicos y sistemáticamente activos. La elección de la terapéutica se ve dificultada con la aparición de cepas resistentes, principalmente a sustancias azólicas³⁰.

Es por ello que el presente trabajo tiene como objetivo fundamental, comprobar la eficacia del Fluconazol (Diflucán®) en un grupo de pacientes con diagnóstico de Estomatitis Sub-Protésica inducida por *Candida*, conjuntamente con la higiene y medicación de la prótesis, tomando en consideración el papel que juega ésta, como reservorio del hongo^{31,32,33}. De la misma forma evaluar las posibles reacciones adversas que pudieran presentarse en los pacientes tratados con el mencionado antimicótico.

PACIENTES Y METODOS:

SELECCION DE LOS PACIENTES:

Para la realización del presente trabajo, se seleccionaron al azar, 35 pacientes de ambos sexos que acudieron al Servicio de Clínica Estomatológica "Magdalena Mata de Henning" de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, cuyas edades oscilaban entre 28 y 59 años. Los mismos eran portadores de prótesis dentales superiores totales o parciales removibles de acrílico o de metal. De los 35 pacientes, 30 fueron positivos a *Candida* y 5 fueron negativos al hongo, siendo estos últimos excluidos del estudio, quedando por lo tanto, 30 (treinta) pacientes, distribuidos en 3 grupos de 10 pacientes cada uno.

Fluconazol: Seguridad y Eficacia en el Control de la Estomatitis Sub-Protésica Asociada a Candida

Todos los pacientes tenían diagnóstico provisional de Estomatitis Sub-Protésica Tipo II (Inflamación Simple Generalizada, según la clasificación de Newton), tomando como base las manifestaciones clínicas y los síntomas.

A cada uno de los sujetos seleccionados para este estudio, se les realizó una completa historia clínica con el fin de constatar cualquier tipo de alteración sistémica, y en cuyo caso eran descartados para el presente trabajo.

TOMA Y RECOLECCION DE LAS MUESTRAS:

Esta se practicó en cada uno de los pacientes a ser evaluados, a nivel del paladar duro infectado empleando para ello una espátula 7-A por cada paciente previamente esterilizada. El raspado para la recolección de las muestras se realizó en cada caso con la parte roma del instrumento.

Las muestras fueron tomadas a cada paciente en tres ocasiones:

- Una al inicio del estudio (previo a la medicación, para determinar la presencia de *Candida*).
- Otra al día 20 después de iniciado el tratamiento, para corroborar la curación micológica con la erradicación o no del hongo.
- Otra al día 30 después de iniciado el tratamiento, para hacerle un seguimiento al paciente y comprobar si hubo o no recidiva del hongo en ese tiempo.

SIEMBRA DE LAS MUESTRAS:

Cada una de las muestras tomadas en el paladar fueron sembradas en medios de cultivo selectivos para el crecimiento de *Candida* (Agar Dextrosa Sabouraud) y posteriormente llevadas a la estufa a una temperatura de 37°C. por 48 horas, en condiciones de aerobiosis.

OBSERVACION MACROSCOPICA:

Luego de 48 horas de incubación de los medios conteniendo la muestra previamente sembrada, se realizaron observaciones macroscópicas de cada uno de los medios para determinar si existían o no, manifestaciones características del crecimiento de *Candida*.

OBSERVACION MICROSCOPICA:

Se realizaron dos tipos de pruebas rápidas a todas las muestras provenientes tanto del paladar como de la prótesis de cada paciente mediante la observación al fresco. Estas pruebas fueron: Prueba N° 1: Producción de Tubo Germinal (Filamentación en suero) y Prueba N° 2: Producción de Clamidoporas.

MEDICACION DE LOS PACIENTES:

En aquellos pacientes a quienes se les corroboró la presencia de *Candida* en el paladar duro, se les medicó con Fluconazol (Diflucan®) previa selección de los mismos, descartando los individuos que por su condición sistémica no podían incluirse en el estudio. Los 30 pacientes seleccionados, se dividieron en tres grupos de 10 pacientes cada uno. A cada grupo se le suministró los compuestos necesarios para su tratamiento, una vez firmado el consentimiento del paciente para formar parte de la investigación.

Fluconazol: Seguridad y Eficacia en el Control de la Estomatitis Sub-Protésica Asociada a *Candida*

Al primer grupo de pacientes (Grupo A): Se le indicó ingerir el antimicótico una vez al día, con el desayuno y la aplicación de la suspensión del mismo compuesto sobre la superficie de la prótesis una vez al día antes de acostarse, por un período de 14 días. Dicho tratamiento debía realizarse de la siguiente manera:

Tratamiento Sistémico:

El paciente debía ingerir una cápsula de 50 mg de Fluconazol (Diflucan®), con el desayuno por 14 días continuos.

Prótesis:

Grupo A

Antes de ir a dormir, se le recomendó a cada paciente luego de cepillar la prótesis con agua y jabón azul, debía secarla y después aplicarle 2,5 c.c. de Fluconazol (Diflucan®) en suspensión en la parte interna de la misma que está en contacto con la mucosa, mantener el medicamento en dicha superficie por toda la noche sin colocarse la prótesis en la cavidad bucal. Dicha aplicación debía hacerla igualmente por 14 días.

Grupo B (segundo grupo de 10 pacientes).

Se realizó el tratamiento sistémico igual a los pacientes del Grupo A, se les recomendó la limpieza mecánica de la prótesis, pero sin la aplicación tópica del compuesto sobre la misma.

Grupo C (tercer grupo de 10 pacientes).

Se les entregaron cápsulas similares al Fluconazol (Diflucan®) pero que contenía un placebo. Debían tomar una sola cápsula antes del desayuno por un período de 14 días. De la misma forma que al grupo B, se les recomendó la limpieza mecánica de la prótesis, pero no se les suministró ningún compuesto para la aplicación tópica sobre la misma.

Los 30 pacientes fueron evaluados mediante observación clínica y mediante examen microbiológico. La observación clínica se realizó los días 5, 10 y 15 después de iniciado el respectivo tratamiento según el grupo al cual perteneciera, determinando si hubo o no disminución de la zona eritematosa. El examen microbiológico se realizó luego de concluir el tratamiento, procediendo a realizar una nueva toma de muestra a cada paciente para comprobar la erradicación o no de *Candida* el día 20 y posteriormente se les tomó otra muestra, a los 16 días luego de finalizado el tratamiento, es decir al día 30, de iniciado el tratamiento con la finalidad de comprobar si hubo recidiva en algún paciente.

Para la evaluación de la respuesta clínica al tratamiento implementado, se siguieron los siguientes parámetros:

- **Curación o erradicación total de la lesión:** Eliminación total de la zona eritematosa.
- **Mejoría:** Disminución de la zona eritematosa, en intensidad del color.
- **Fracaso:** Mantenimiento de la zona eritematosa.

En todos los pacientes, el mismo operador evaluó las manifestaciones clínicas, así como la evolución del tratamiento.

RESULTADOS

TABLA 1: Efecto Microbiológico de la Terapia Antimicótica con Fluconazol (Diflucan®)

Fluconazol: Seguridad y Eficacia en el Control de la Estomatitis Sub-Protésica Asociada a Candida

TABLA 1 GRUPO A: 10 pacientes medicados con Fluconazol (Diflucan®) Sistémico y Tópico sobre la Prótesis

Pacientes	Toma de muestra antes del tratamiento paladar	Toma de muestra (día 20 después del tto) paladar	Toma de muestra (día 30 después del tto) paladar
1	+	-	+
2	+	-	+
3	+	-	+
4	+	-	-
5	+	-	-
6	+	-	-
7	+	-	-
8	+	-	-
9	+	-	-
10	+	-	-

En la Tabla 1A podemos observar, que los 10 pacientes seleccionados con E.S.P. todos fueron positivos para *Candida*, en el paladar, antes de realizarles el tratamiento correspondiente con el antimicótico Fluconazol (Diflucan®). También se evidencia en dicha tabla los excelentes resultados obtenidos luego de realizar la toma de muestra 20 días después de iniciado el tratamiento (día 20), ya que los 10 pacientes (100%) medicados con Fluconazol (Diflucan®) fueron negativos a *Candida*. Cuando se realizó la toma de muestra en cada paciente, a los 30 días después de iniciado el tratamiento (día 30), se observó que había recidiva en 3 (30%) de los pacientes, demostrándose en cada caso la presencia del hongo.

TABLA 1 GRUPO B: 10 pacientes medicados con Fluconazol (Diflucan®) Sistémico, sin administración del compuesto para la Prótesis

Pacientes	Toma de muestra antes del tratamiento paladar	Toma de muestra (día 20 después del tto) paladar	Toma de muestra (día 30 después del tto) paladar
1	+	-	-
2	+	-	-
3	+	-	-
4	+	-	-
5	+	+	+
6	+	-	-
7	+	-	-
8	+	+	+
9	+	-	-
10	+	-	+

En la Tabla 1B podemos observar, que los 10 pacientes seleccionados con E.S.P. fueron positivos para *Candida*, en el paladar, antes de realizarles el tratamiento

Fluconazol: Seguridad y Eficacia en el Control de la Estomatitis Sub-Protésica Asociada a *Candida*

correspondiente con el antimicótico Fluconazol (Diflucan®). También se evidencia en dicha tabla los buenos resultados obtenidos luego de realizar la toma de muestra 20 días después de iniciado el tratamiento (día 20), ya que de los 10 pacientes medicados con Fluconazol (Diflucan®) 8 pacientes (80%) fueron negativos a *Candida*. Cuando se realizó la toma de muestra en cada paciente, a los 30 días después de iniciado el tratamiento (día 30), se observó que había recidiva en 1 paciente (10%) de los que habían presentado desaparición completa de la zona eritematosa, manteniéndose igual los 2 pacientes en los que hubo fracaso en el tratamiento, demostrándose en los 3 casos la presencia del hongo.

TABLA 1 GRUPO C: 10 pacientes medicados con Placebo

Pacientes	Toma de muestra antes del tratamiento paladar	Toma de muestra (día 20 después del tto) paladar	
	1	+	+
	2	+	+
	3	+	+
	4	+	+
	5	+	+
	6	+	+
	7	+	+
	8	+	+
	9	+	+
10	+	+	

En la Tabla 1C se puede observar que los 10 pacientes seleccionados con E.S.P., fueron positivos para *Candida* en el paladar, antes de realizarles el tratamiento correspondiente, en este caso por ser el grupo control, se empleó un placebo. También se observa en esta tabla que los resultados obtenidos luego de realizar la toma de muestra a cada uno de los pacientes 20 días después de iniciado el tratamiento correspondiente (día 20) indican que todos los pacientes (100%) fueron positivos para *Candida*.

En este estudio también se evaluaron las posibles reacciones adversas que podrían observarse en los pacientes medicados con Fluconazol (Diflucan®) administrado por vía oral, sin embargo todos los individuos tratados presentaron una excelente tolerancia al compuesto, sólo 2 de ellos que ingirieron el antimicótico manifestaron náuseas en los primeros días del tratamiento, no siendo necesario discontinuar la medicación implementada en ninguno de los dos casos.

DISCUSION:

La Estomatitis Sub-Protésica (E.S.P.) fue descrita en 1962 por Newton³. Este investigador clasifica a dicha entidad en tres etapas, de acuerdo a la apariencia de severidad clínica: Tipo I: Inflamación Simple Localizada, Tipo II: Inflamación Simple Generalizada y Tipo III: Inflamación Granular o Papilar Hiperplásica.

La Estomatitis Sub-Protésica tipo I es causada por el mal ajuste de la prótesis, en tanto que la tipo II y III son causadas en parte debido a infección por *Candida*. Esto fue corroborado por Olsen³⁴, quien realizó un estudio en 100 pacientes con E.S.P. Tipo II y Tipo III a los cuales,

les tomó muestras tanto de paladar como de prótesis e identificó ocho especies diferentes de *Candida*, entre las cuales *C. albicans* y *Torulopsis (Candida) glabrata*, fueron las más frecuentes. Demostró además, que la mayor proporción del hongo residía sobre la propia superficie de la dentadura.

Fouche y colaboradores³⁵ estudiaron la flora bucal de ocho (8) sujetos con E.S.P. Tipo II y Tipo III. Todos los sujetos eran portadores de levaduras, de los cuales siete tenían *C. albicans* y uno *C. tropicalis*. También se aislaron gérmenes Gram positivos como *Lactobacillus*, especies de *Streptococcus*, *Micrococcus* y otros.

Los resultados del presente trabajo reflejaron que en todos los pacientes (100%) con E.S.P. inducida por *Candida* quienes fueron tratados con Fluconazol (Diflucan®), una vez al día por vía oral, y que además aplicaron el mismo compuesto en forma de suspensión a la prótesis mostraron efectividad desde el punto de vista microbiológico, ya que a los 20 días después de iniciado el tratamiento (día 20), se les tomó muestras del paladar y los resultados fueron negativos para *Candida*, debido a que no hubo crecimiento del hongo en el paladar. Sin embargo, cuando se realizó la toma de muestra en cada paciente, a los 30 días después de iniciado el tratamiento (día 30), se observó que había recidiva en 3 (30%) de los pacientes, demostrándose en cada caso la presencia del hongo. Resultados similares fueron obtenidos por Lamfon y colaboradores³⁶, quienes evaluaron la efectividad de la terapia antimicótica y antibacteriana en pacientes con Estomatitis Sub-Protésica y encontraron que hubo una mejor respuesta cuando se aplicaba la terapia combinada de Fluconazol y Clorhexidina al 1,25%, que con el Fluconazol sólo. La resistencia al tratamiento sólo con el antimicótico es mayor ya que el Fluconazol al no tener actividad antibacteriana, las bacterias contribuyen a formar componentes en la matriz extracelular que la hacen más viscosa y reducen la penetración de los agentes antimicóticos.

El estudio de Fouche y colaboradores³⁵ demostró que además del Género *Candida*, otros microorganismos pueden estar implicados en la patogenia de la E.S.P., es el caso de gérmenes Gram positivos como *Lactobacillus*, especies de *Streptococcus*, *Micrococcus* y otros, ello podría explicar por qué en tres pacientes tratados con Fluconazol hubo recidiva de la entidad, ya que este agente objeto de estudio en el presente trabajo dentro de su espectro de acción abarca hongos tipo levadura, como son los del Género *Candida*, pero no tiene actividad contra bacterias Gram positivas.

Así mismo, Romero y colaboradores³⁷, en 1995, realizaron un estudio para conocer la eficacia clínica y microbiológica del tratamiento con Fluconazol e Itraconazol en 115 pacientes afectados con Estomatitis Sub-Protésica asociada a *Candida* spp. Los pacientes que presentaron cultivos positivos fueron tratados con Fluconazol, a los 15 días se les realizó otra toma y cultivo de la muestra, y si presentaban positividad eran medicados con Itraconazol. Después del tratamiento con Fluconazol hubo mejoría clínica significativa y una microbiológica de 77%. Los casos de resistencia microbiológica al Fluconazol fueron tratados con Itraconazol obteniéndose una mejoría clínica significativa y microbiológica de 77%. Estos resultados muestran la poca correlación en la respuesta clínica-microbiológica después del tratamiento con estos antimicóticos en E.S.P.

Comparando los resultados de los pacientes del Grupo A con administración sistémica y tópica del Fluconazol con los individuos del Grupo B, a quienes se les suministró sólo el Fluconazol sistémico, no hubo una diferencia significativa, posiblemente por las razones anteriormente expresadas en relación a la ineficacia del Fluconazol sobre las bacterias que pudieran estar implicadas también en la patogenia de E.S.P.

Diversos reportes que hacen referencia a la eficacia del Fluconazol para el tratamiento de la E.S.P. y de la Candidiasis Bucal han sido publicados por Romero y colaboradores³⁷, Tejerina y colaboradores³⁸, y Bascones y Manso³⁹. Todos estos investigadores estudiaron la efectividad del Fluconazol en E.S.P. inducida por Candida, y señalan que estos antimicóticos superan en eficacia al Ketoconazol y, además se evita la incidencia de efectos secundarios gastrointestinales y metabólicos que éste último presenta.

Una vez eliminada la Estomatitis Sub-Protésica y realizado el tratamiento protésico es fundamental dar al paciente una serie de normas básicas de higiene oral y de la prótesis para evitar recidivas de la entidad, tal y como preconizan Aguirre y colaboradores⁴⁰. Las más importantes son: retirar la prótesis durante la noche, para facilitar el drenaje linfático y venoso, eliminar mecánicamente la placa oral y de la prótesis y por último la utilización de productos químicos para la desinfección protésica.

CONCLUSIÓN:

A modo de conclusión, conviene destacar que la Estomatitis Sub-Protésica es una entidad frecuente en pacientes portadores de prótesis total y parcial removible, de diagnóstico sencillo pues basta con una simple inspección clínica y confirmación microbiológica. Tiene un tratamiento eficaz, ya que es suficiente retirar la prótesis por un período corto de tiempo para conseguir la curación cuando el cultivo se informa como negativo. Para los casos asociados a *Candida* empleando una pauta con Fluconazol 50 mg. al día durante 14 días se consigue un porcentaje alto de curación (80% de los casos). Este protocolo propuesto es sencillo tanto para el profesional como para el paciente y está exento de efectos secundarios según se demuestra en este estudio. No obstante, resulta conveniente realizar estudios posteriores con una mayor casuística que podrían explicar la falta de correlación clínico-microbiológica en los casos de resistencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. CATALAN, A. (1984): Stomatitis asociées au port des protheses dentaires amovibles: etiologie et traitements. Cah Prothese. 12 (46): 59-78.
2. IACOPINO, A.M.; WATHEN, W. (1992): Oral Candidal Infection and Denture Stomatitis: A Comprehensive Review. JADA. 123: 46-51.
3. NEWTON, A.V. (1962): Denture sore Mouth. A possible Etiology. Brit Dent J. 112: 357-360.
4. BUDTZ-JORGENSEN, E. (1974): The significance of *Candida albicans* in Denture Stomatitis. Scand J Dent Res. 82: 151-190.
5. THOMAS, J.E.; LLOYD, P.M. (1985): Oral Candidiasis in the elderly. Spec Care Dent. 5 (5): 222-225.
6. WILSON, J. (1998): The aetiology, diagnosis and management of denture stomatitis. Brit Dent J. 185: 380-384.
7. BUDTZ-JORGENSEN, E.; BERTRAM, U. (1970): Denture Stomatitis. I. The etiology in relation to trauma and infection. Acta Odontol Scand. 28: 71-92.
8. SCHER, E.A.; RITCHIE, G.M.; FLOWERS, D.J. (1978): Antimycotic denture adhesive in treatment of Denture Stomatitis. J Prosth Dent. 40 (5): 622-627.

Fluconazol: Seguridad y Eficacia en el Control de la Estomatitis Sub-Protésica Asociada a *Candida*

9. MC CORD, J.F.; GRANT, A.A. (2000): Pre-definitive treatment : rehabilitation prostheses. *Brit Dent J.* 188: 419-424.
10. WILSON J. (1998): The aetiology, diagnosis and management of denture stomatitis. *Brit Dent J* 185: 380-4.
11. MOREIRA E, BERNAL A, PRADO M, CATALA F. (1992): Asociación entre el Grado Clínico de la Estomatitis Subprótesis y las alteraciones del Epitelio de la Mucosa Palatina. *Rev Cubana Estomatol* 29 (2): 75-80.
12. LOVE WD, GOSKA FA, MIKSON RJ. (1967): The etiology of mucosal inflammation associated with dentures. *J Prosth Dent* 17: 515-27.
13. DOREY JL, BLASBERG B, MAC ENTEEE M, CONKLIN R. (1985): Oral mucosal disorders in denture wearers. *J Prosth Dent* 53: 210-3.
14. KULAK Y, ARIKAN A, KAZAZOGLU E. (1997): Existence of *Candida albicans* and microorganisms in denture stomatitis patients. *J Oral Rehabil* 24: 788-90.
15. CROCKETT DN, O'GRADY JF, READE PC. (1992): *Candida* species and *Candida albicans* morphotypes in erythematous candidiasis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 73: 559-63.
16. LAZARDE J. (2001): Estomatitis Subprotésica. *Acta Odontológica Venezolana* 39 (3): 9-17.
17. SCHRODER, H. (1979): Denture Stomatitis: results of a follow-up study. *Dtsch Zahnarztl Z.* 34 (10): 782-785.
18. MOREIRA, E.; BERNAL, A.; URBIZO, J.; MOLINA, J. (1989): Estomatitis Subprótesis: Estudio Epidemiológico en 6.302 pacientes portadores de Prótesis Dentales Removibles. *Rev Cubana Estomatol.* 26 (1-2): 71-80.
19. MC CORD, J.F.; GRANT, A.A. (2000): Identification of complete denture problems: a summary . *Brit Dent J.* 189: 128-134.
20. DAVENPORT, J.C. (1970): The Oral Distribution of *Candida* in Denture Stomatitis. *Brit Dent J.* 129: 151-156.
21. CAVALARIS, C.J. (1973): Consideraciones patológicas relacionadas con las prótesis parciales. *Clínicas Odontológicas de Norteamérica*. Ed. Interamericana. pp. 585-599.
22. ARENDORF, T.M.; WALKER, D.M. (1980): *Candida albicans*: its association with dentures, plaque and the oral mucosa. *J of the D A S A.* 35: 563-569.
23. HLAVAC, M.; RAKOVSKY, J. (1986): Relation between the incidence of denture Stomatitis and the presence of *Candida albicans* in elderly people. *Prakt Zahn Lek.* 34 (7): 202-206.
24. BUDTZ-JORGENSEN, E. (1990): Etiology, pathogenesis, therapy and prophylaxis of oral yeasts infections. *Acta Odontol Scand.* 48: 61-69.
25. WEBB, B.C.; THOMAS, C.J.; WILLCOX, M.D.P.; HARRY, D.W.S.; KNOX, K.W. (1998): *Candida*-associated denture stomatitis. Aetiology and management: A review. Part 1. Factors influencing distribution of *Candida* species in the oral cavity. *Aust Dent J.* 43: 45-50.
26. BUDTZ-JORGENSEN, E.; MOJON, P.; RENTSCH, A.; DESLAURIERS, N. (2000): Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care facility. *Community Dent Oral Epidemiol.* 28: 141-149.
27. PARDI G, CARDOZO E. (2002): Algunas Consideraciones sobre *Candida albicans* como agente etiológico de Candidiasis Bucal. 40 (1): 9-17.
28. WEBB BC, THOMAS CJ, WILLCOX MDP, HARRY DWS, KNOX KW. (1998): *Candida*-associated denture stomatitis. Aetiology and management: A review. Part 3. treatment of oral candidosis. *Aust Dent J* 43 (4): 244-9.
29. PÉREZ TORRES H. (2005): *Farmacología y Terapéutica Odontológica*. 2ª. Edición. Editorial Médica Celsus. Colombia.
30. MONSENEGO, P. (2000): Presence of microorganisms on the fitting denture complete surface: study "in vivo". *J Oral Rehabil.* 27: 708-713.

31. VAN REENEN, J.F. (1973): Microbiologic studies on denture Stomatitis. J Prosth Dent. 30 (4): 493-506.
32. MATA, M. (1993): La prótesis odontológica, en relación a la ecología de *Candida albicans* en cavidad bucal. Trabajo de Ascenso. Facultad de Odontología, U.C.V.
33. MARTÍNEZ Y ALBRECHT.(1998): Sensibilidad al Fluconazol y a la Anfotericina B en cepas de Candida provenientes de aislamientos clínicos. Rev. Iberoam Micol. 15: 298-299.
34. OLSEN, I. (1974): Denture Stomatitis. Occurrence and distribution of fungi. Acta Odont Scand. 32: 329-333.
35. FOUCHE, M.H.; SLABBERT, J.C.G.; COOGAN, M.M. (1986): Microorganisms isolated from patients with denture stomatitis. J of the D.A.S.A. 41: 313-316.
36. LAMFON, J. (2005): Composition of in Vitro denture plaque biofilms and susceptibility to antifungals. FEMS Microbiology Letters 242 : 345- 351.
37. ROMERO, M., RGUEZ-ARMIJO, A. LÓPEZ, M. J., MONTERO, O., MARTÍN MAZUELOS, E. (1995): Estomatitis Protésica e Infección por *Candida sp*: Estudio Microbiológico y Respuesta a Fluconazol. Avan. Odont-Est.. 11 (5): 373-379.
38. TEJERINA, J.M., BAGAN, J.V., RAMÓN, J. (1989): La estomatitis por prótesis dental: consideraciones etiopatogénicas y terapéuticas. Avan. Odont-Est. 5: 263-267.
39. BASCONES, A., MANSO, F. J. (1994): Tratamiento antifúngico. En BASCONES, A., MANSO, F. J. Infecciones orofaciales. Diagnóstico y Tratamiento. Ed. Avances Médico-Dentales. Madrid. 1994; 205-216.
40. AGUIRRE, J. M., ZAMACONA, J.M., KURT, R., ECHEBARRÍA, M. A. (1990): Estomatitis protésica II: aspectos histopatológicos, diagnósticos y terapéuticos. Rev. Act. Odont. Est. 394: 31-34.