UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TEMA:

Relación entre la dimensión vertical protésica y la presencia de queilitis angular en pacientes parcialmente edéntulos

AUTOR (ES):

Belén Del Cisne, Loayza Cacao

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de ODONTOLOGA

TUTOR:

Ocampo Poma, Estefanía Del Rocío

Guayaquil, Ecuador

03 de marzo del 2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **LOAYZA CACAO, BELÉN DEL CISNE**, como requerimiento para la obtención del título de **ODONTOLOGA.**

TUTOR (A)

DRA. OCAMPO POMA ESTEFANÍA DEL ROCÍO

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

DRA. BERMUDEZ VELASQUEZ ANDREA

Guayaquil, a los 03 días del mes de marzo del año 2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Loayza Cacao, Belén del Cisne**

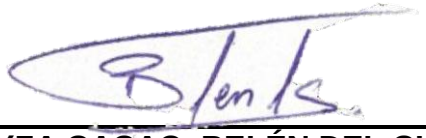
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Relación entre la dimensión vertical protésica y la presencia de queilitis angular en pacientes parcialmente edéntulos**, previo a la obtención del título de **Odontóloga**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 03 días del mes de marzo del año 2026

EL AUTOR (A)



f. _____

LOAYZA CACAO, BELÉN DEL CISNE

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

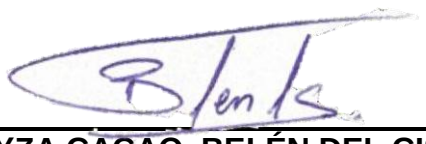
AUTORIZACIÓN

Yo, **Loayza Cacao, Belén del Cisne**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación R**elación entre la dimensión vertical protésica y la presencia de queilitis angular en pacientes parcialmente edéntulos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 03 días del mes de marzo del año 2026

EL (LA) AUTOR(A):



f. _____
LOAYZA CACAO, BELÉN DEL CISNE

REPORTE COMPILATIO

Informe de análisis
Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

BELEN LOAYZA CACAO.
ID : 553ac9a23653b78dcf847810855cc5ef6d882df4

0%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : BELEN LOAYZA CACAO..txt
Tamaño del archivo original : 1,18 MB
Número de palabras : 6462
Número de caracteres : 44230

Depositante : Estefania del Rocío Ocampo Poma
Fecha de depósito : 3 de marzo de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 3 de marzo de 2026

Resumen (sección 1/3)

Localización de los textos sospechosos en el documento :

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi mayor fortaleza y mi guía permanente, por acompañarme en cada etapa de este camino y brindarme la sabiduría, la paciencia y la motivación necesaria para perseverar ante cada dificultad presentada a lo largo de mi formación universitaria.

A mis padres, Rocío Cacao y Franco Loayza, por el amor inmenso que me han entregado siempre, gracias por ser mi apoyo constante, por enseñarme que en los momentos más difíciles todo es posible cuando se actúa con amor, y perseverancia, gracias por creer en mí, por no soltar mi mano y por estar presentes en cada logro alcanzado; este triunfo también les pertenece.

A todos mis docentes, quienes contribuyeron de manera significativa a mi formación académica, de manera especial, a la Dra. Estefanía Ocampo, mi tutora, por su acompañamiento, dedicación y compromiso, gracias a su enseñanza y ejemplo, logré encontrarle sentido a la carrera, descubriendo en ella no solo una profesión, sino una vocación, su influencia fue determinante para despertar en mí el amor por el área de prótesis dental, en los cuales aprendí a valorar la precisión y el impacto que tiene nuestro trabajo en la calidad de vida del paciente, gracias doctora, por demostrar que el amor, la vocación y la ética profesional son pilares fundamentales para alcanzar el éxito, permitiendo un crecimiento tanto profesional como personal. Su enseñanza ha dejado en mí una huella profunda e imborrable que llevaré siempre en mi corazón.

Finalmente, pero no menos importante, agradezco a los amigos que esta hermosa travesía universitaria me regaló: Valentina, Kurt, Andrés, Alisson, Sofía, y Xiomara, de manera muy especial, a Daniela y Naim, quienes estuvieron a mi lado desde el preuniversitario, cuando iniciamos juntos este camino, gracias por el apoyo constante en cada clínica, en cada clase y en cada desafío enfrentado; sin su compañía y amistad, este logro no habría sido posible más que amigos, los considero hermanos que la universidad puso en mi camino.

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y mi fortaleza, por iluminar mi camino y darme la paz necesaria para perseverar en cada etapa de este proceso. Este logro es reflejo de Su presencia constante en mi vida.

A mis tías, especialmente a mi tía Azucena y mi tía Rita, por ser instrumentos del amor de Dios en mi vida, por sus oraciones constantes y por acompañarme con fe, esperanza y cariño, este logro también les pertenece, porque su apoyo fue un pilar fundamental para que este sueño se hiciera realidad.

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

ANDREA CECILIA BERMÚDEZ VELÁSQUEZ

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

ESTEFANÍA DEL ROCÍO OCAMPO POMA

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

ANDREA CECILIA BERMÚDEZ VELÁSQUEZ

OPONENTE

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – ODONTOLOGÍA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CALIFICACIÓN

TUTOR (A)

f. _____
DRA. OCAMPO POMA, ESTEFANÍA DEL ROCÍO

RESUMEN

Introducción: La queilitis angular es una afección inflamatoria caracterizada por fisuras dolorosas en las comisuras labiales, asociada con la perdida de piezas dentales, prótesis mal adaptadas y pobre higienización, llegando a una pérdida de la dimensión vertical, impactando negativamente en la calidad de vida, estética y función del paciente. **Objetivo:** Determinar la relación entre la dimensión vertical protésica y la presencia de queilitis angular en pacientes parcialmente edéntulos, con y sin prótesis. **Materiales y métodos:** Este estudio fue observacional, transversal y analítico, realizado en una muestra de 60 pacientes parcialmente edéntulos, 30 portadores de prótesis y 30 no portadores. La dimensión vertical protésica se evaluó mediante el compás de Willis, utilizando los puntos de referencia subnasal y mentón, con mediciones en reposo (DVR) y en oclusión (DVO). **Resultados:** Según los parámetros estudiados, la dimensión vertical fue disminuida (< 2 mm) en una mayoría significativa de pacientes (70%) y el resto fue normal (2-3 mm). El tiempo desdentado en promedio fue de 8,7 años con desviación estándar de 4,3 años. La presencia de Queilitis se determinó en el 66,7% de los pacientes, entre ellos la mayoría con queilitis bilateral y severidad moderada-leve **Conclusiones:** La disminución de la dimensión vertical protésica si se asoció significativamente con la presencia de queilitis angular, siendo el principal factor predisponente. El estado y el tiempo de uso de la prótesis influyeron en la aparición de la lesión, mientras que la higiene, el sexo y la edad no mostraron asociación significativa.

Palabras Claves: Dimensión vertical oclusal, dimensión vertical en reposo, queilitis angular, prótesis dental, edentulismo parcial.

ABSTRACT

Introduction: Angular cheilitis is an inflammatory condition characterized by painful fissures at the corners of the mouth, associated with tooth loss, poorly fitting dentures, and poor oral hygiene, leading to a loss of vertical dimension and negatively impacting the patient's quality of life, aesthetics, and function. **Objective:** To determine the relationship between prosthetic vertical dimension and the presence of angular cheilitis in partially edentulous patients, with and without dentures. **Materials and methods**: This was an observational, cross-sectional, and analytical study conducted on a sample of 60 partially edentulous patients, 30 with dentures and 30 without. Prosthetic vertical dimension was assessed using the Willis compass, with subnasal and chin landmarks, and measurements taken at rest (DVR) and in occlusion (DVO). **Results:** According to the parameters studied, the vertical dimension was decreased (< 2 mm) in a significant majority of patients (70%), while the remainder were normal (2-3 mm). The average edentulous period was 8.7 years, with a standard deviation of 4.3 years. Cheilitis was present in 66.7% of the patients, most of whom had bilateral cheilitis of mild to moderate severity. **Conclusions:** The decrease in the prosthetic vertical dimension was significantly associated with the presence of angular cheilitis, being the main predisposing factor. The condition and duration of prosthesis use influenced the appearance of the lesion, while hygiene, sex, and age did not show a significant association.

***Keywords: Occlusal vertical dimension, vertical dimension at rest, angular cheilitis, dental prosthesis, partial edentulism*.**

INTRODUCCIÓN

La pérdida dental está considerada como una enfermedad crónica irreversible e incapacitante que también desarrolla otros problemas secundarios, para la mayoría de los pacientes.[1] Este problema se produce generalmente por caries dental y enfermedad periodontal, cabe recalcar que los pacientes edéntulos parciales se van a ver afectados de manera adversa a todo el sistema estomatognático.[2] Esto refleja una alteración en la oclusión y, lo que conlleva a producir una disminución de la dimensión vertical de este paciente[3], es por ello que todas estas alteraciones dan como resultado secuelas estéticas y funcionales que reducen la eficiencia masticatoria en comparación con las personas que sí tienen una dentición completa.

En este contexto la dimensión vertical protésica es aquella relación que corresponde a la distancia entre dos puntos anatómicos, uno en el maxilar y otro móvil en la mandíbula.[4] Por lo tanto, la dimensión vertical oclusal (DVO) corresponderá a la distancia medida entre dichos puntos cuando las piezas dentales están en oclusión céntrica o en contacto oclusal, la cual cumple un papel muy importante para la función oclusal del paciente y en la estabilidad de la prótesis.[5]

La pérdida de dimensión vertical oclusal (DVO) es una posible consecuencia del desgaste dentario o por pérdida dental, es decir, en pacientes edéntulos la dimensión vertical disminuida puede ocasionar pliegues en las comisuras labiales[6]. Esto favorece a la acumulación de saliva y microorganismos predisponiendo al desarrollo de lesiones tales como queilitis angular y desarmonía en la estética facial del tercio inferior de la cara provocando también signos de vejez prematura.[7]

De acuerdo con una investigación que se desarrolló en la Universidad Central del Ecuador, se evaluó la dimensión vertical en pacientes dentados, edéntulos parciales y totales. Encontrando que el 83.33% de los pacientes parcialmente edéntulos presentaban una disminución de la

dimensión vertical. Lo que puede predisponer a un colapso de los tejidos y al desarrollo de las lesiones comisurales como la queilitis angular.

Estudios dicen que la queilitis angular es considerada una afección inflamatoria frecuente de la piel, que tiene una etiología variada que se desarrolla en la comisura labial o ángulo de la boca[8], caracterizada principalmente por tener fisuras y molestias dolorosas en este sector que tiene un funcionamiento de bisagra mecánicamente activa para la apertura oral.[9]

Normalmente su aparición se asocia con múltiples factores locales y sistémicos, pero entre ellos la más común es por la pérdida de piezas dentales y, por ende, también la disminución vertical protésica, impactando de una manera negativa en la calidad de vida de los pacientes.[10] La queilitis angular tiene una prevalencia mundial que varía entre el 0.7% y el 3.8% de la población general, siendo más frecuente en adultos mayores y en personas portadores de prótesis removibles. En América Latina, estudios reportan que alrededor del 25–40% de los pacientes con prótesis desadaptadas presentan signos de queilitis angular por una alteración en la dimensión vertical.[11]

El reemplazo de todos los dientes faltantes mediante las prótesis removibles, favorece diversas funciones fisiológicas al paciente, tales como la fonación, deglución, masticación y la recuperación de una dimensión vertical adecuada.[12]

Aunque esta alternativa pueda resultar beneficiosa, no está exenta de generar alteraciones en los tejidos ya sea por los estilos de vida inadecuados, por el mal estado de las prótesis y por el uso prolongado de las mismas sin ningún tipo de mantenimiento periódico. Puede haber pérdida de ajuste, falta de retención o estabilidad y llevar a una reducción funcional de la dimensión vertical oclusal que favorece el colapso del tercio inferior de la cara y la profundización de los pliegues. [8]

Según estudios, los factores relacionados con el estado de la prótesis, la mayoría presentó una dimensión vertical oclusal

insatisfactoria del 49%, una estabilidad insatisfactoria de 69% y una retención satisfactoria del 60%, pérdida o fractura de los dientes artificiales del 29%. Por lo tanto, todas estas alteraciones incrementan la probabilidad de desarrollar queilitis angular.[13]

Cabe recalcar que la higiene de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles va a jugar un papel crucial para la durabilidad y función adecuada de la misma. Ya que si la higiene es deficiente va a favorecer a la acumulación de biofilm, lo que provoca que haya un ambiente húmedo y ácido que irrita a la mucosa y comisuras labiales. [14]

Según investigaciones los pacientes que tienen una higiene deficiente tanto de la prótesis como de la calidad oral va a haber una mayor probabilidad a sufrir estas lesiones antes mencionadas en comparación con aquellos que llevan a una rutina de limpieza adecuada[15].

El objetivo de esta investigación es determinar la relación que existe entre la dimensión vertical protésica y la presencia de queilitis angular en pacientes parcialmente edéntulos con y sin prótesis.

Los resultados esperados para esta investigación buscan que el conocimiento generado a partir de este estudio nos ayude a comprender mejor estos factores protésicos que podrían estar involucrados en la aparición de queilitis angular contribuyendo a una mejor planificación y calidad de atención odontológica que se le puede brindar a los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se llevó a cabo en la clínica odontológica de la carrera de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, en el semestre B-2025. El diseño de investigación fue observacional transversal, cuantitativo y analítico.

Se estudió como variable dependiente la presencia de queilitis angular. Como variables independientes se estudiaron la dimensión vertical protésica, el estado de adaptación de la prótesis, el nivel de higiene de las prótesis y el tiempo de uso de la

misma y como variables intervinientes se estudiaron el sexo y la edad de los participantes.

El universo estuvo conformado Por todos los pacientes parcialmente edéntulos que acuden a la clínica odontológica de la Universidad católica Santiago de Guayaquil. Durante el semestre B- 2025 para atención odontológica. En el área de prótesis dental y las clínicas integrales 1, 2 y 3.

Los criterios de inclusión fueron pacientes parcialmente edéntulos, que sean mayores de 30 años, pacientes con prótesis y sin prótesis dental removible que participaron voluntariamente en el estudio durante el semestre B-2025.

Los pacientes desdentados totales sin piezas dentarias remanentes en ambos maxilares, pacientes con lesiones labiales de origen no protésico y con hábitos nocivos severos como alcoholismo o tabaquismo, fueron excluidos de la investigación.

Una vez que se aplicaron a estos criterios, se seleccionarán a los pacientes por un muestreo por conveniencia, la muestra incluyó 60 pacientes parcialmente edéntulos, divididos en dos grupos 30 pacientes con prótesis dentales y 30 pacientes que acuden a la clínica sin prótesis dental.

Para la recolección de la información se procedió de la siguiente manera:

1. Se obtuvo el permiso correspondiente de la directora de la carrera de odontología para obtener el permiso del uso de la clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil para la recolección de datos.
2. Se explicó detalladamente a cada paciente el estudio y se adquirió la firma del consentimiento informado (Anexo 1).
3. Con la bioseguridad correspondiente mediante observación clínica directa se procedió con la verificación de presencia de queilitis clasificándola de la siguiente manera:

   Leve: resequedad y eritema

   Moderada: descamación, fisuras.

   Severa: Fisuras sangrantes, dolor intenso, úlceras, costras.

4. A cada participante se le realizarán mediciones faciales utilizando un compás de Willis, tomando como puntos de referencia la base de la nariz y el mentón.
5. Las mediciones en las va a realizar en una sola sesión clínica Previo a la evaluación solicitando al paciente que adopte una postura erguida y relajada para garantizar la precisión de los registros.
6. Las mediciones se efectuarán en dos condiciones: la primera en posición de reposo mandibular y la segunda en oclusión, con el fin de determinar la presencia de una posible disminución de la dimensión vertical.
7. Una vez realizada la medición se va a proceder con la resta entre la dimensión vertical de reposo y la dimensión vertical en oclusión. Y según el resultado obtenido, se clasificará como disminuida (<2 mm) o normal (2- 3 mm).
8. Los datos obtenidos serán registrados en fichas clínicas para cada paciente (Anexo 2) y posteriormente tabulados en un software estadístico para su análisis.

Para el análisis estadístico de todos los datos. Se aplicará la prueba de chi cuadrado Para establecer la relación existente entre la dimensión vertical protésica y la potencia de quelites angular de los pacientes, parcialmente edéntulos.

Se presentaron algunas limitaciones que deben ser consideradas, el tamaño muestral fue limitado a 60 pacientes, lo que podría restringir una generalización de los resultados en poblaciones más amplias.

También la muestra tuvo un carácter institucional, ya que los pacientes fueron seleccionados dentro de un solo centro de atención odontológico, el cual puede influir en características clínicas y sociodemográficas de los participantes y limitar los hallazgos.

RESULTADOS

Se estudiaron 60 pacientes parcialmente edéntulos que acudieron a la Clínica Odontológica de la UCSG durante

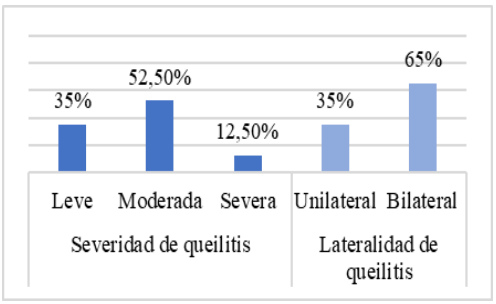
el semestre B-2025, para atención odontológica en el área de prótesis dental y las clínicas integrales 1,2 y 3.

Las características demográficas de los pacientes revelaron edad promedio de 50 años con desviación estándar de 13,5 años y según el sexo, el 76,7% fueron pacientes femeninas.

Según los parámetros clínicos estudiados, la dimensión vertical fue disminuida (< 2 mm) en una mayoría significativa de pacientes (70%) y el resto fue normal (2-3 mm). El tiempo desdentado de los pacientes en promedio fue de 8,7 años con desviación estándar de 4,3 años.

La presencia de Queilitis se determinó en el 66,7% de los pacientes, entre ellos la mayoría con queilitis bilateral y severidad moderada-leve (Figura 1).

Figura 1 *Distribución porcentual de la lateralidad y severidad en pacientes parcialmente edéntulos con queilitis.*



Nota: Los porcentajes representados en las barras corresponden únicamente a los pacientes con presencia de queilitis angular (n = 40).

Al analizar la relación entre la dimensión vertical protésica y la presencia de queilitis angular, se observó una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (Valor-p < 0,001), además, los pacientes con dimensión vertical disminuida presentaron una mayor proporción de queilitis angular (95,2%), en comparación con la dimensión vertical normal donde no se registraron pacientes (Tabla 1).

Al estratificar por uso de prótesis se observó que dentro de cada categoría (si/no) sigue existiendo asociación entre dimensión vertical y queilitis (Valor-p <0,001). Este hallazgo indica que el uso de prótesis no modifica la asociación entre la dimensión vertical y la presencia de queilitis en esta

cohorte de pacientes estudiados (Tabla 1).

Tabla 1 *Presencia de queilitis angular según la dimensión vertical protésica en pacientes parcialmente edéntulos, con y sin uso de prótesis.*

Uso de prótesis	Dimensión vertical	Presencia de queilitis		Total	Valor-p
		No	Si		
No	Disminuida (<2mm)	10,5%	89,5%	100,0%	<0,001
	Normal (2-3mm)	100,0%	0,0%	100,0%	
	Total	43,3%	56,7%	100,0%	
Si	Disminuida (<2mm)	0,0%	100,0%	100,0%	<0,001
	Normal (2-3mm)	100,0%	0,0%	100,0%	
	Total	23,3%	76,7%	100,0%	
Total	Disminuida (<2mm)	4,8%	95,2%	100,0%	<0,001
	Normal (2-3mm)	100,0%	0,0%	100,0%	
	Total	33,3%	66,7%	100,0%	

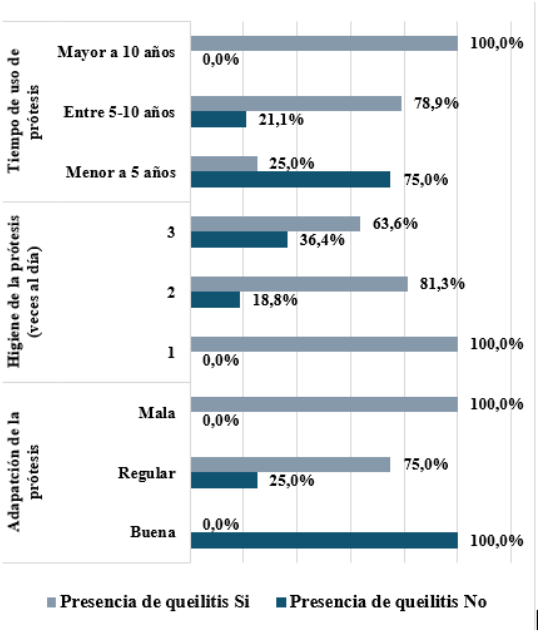
Nota: Significancia p<0,05. Prueba Chi-cuadrado. Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton. El porcentaje de la tabla es dentro de las categorías de la variable dimensión vertical y uso de prótesis (por estratificación).

La figura 2 muestra la distribución de condiciones clínicas de la prótesis parcialmente removible y la presencia de queilitis angular en pacientes parcialmente edéntulos. En cuanto a la adaptación de la prótesis se observó una mayor frecuencia de queilitis en pacientes con prótesis de adaptación regular y mala, mientras que en aquellos con buena adaptación no se registraron casos. Además, la adaptación la prótesis se asoció significativamente con la presencia de queilitis angular (Valor-p < 0,05).

En el tiempo de uso se observó una mayor frecuencia de queilitis en pacientes con uso de la prótesis por más de 10 años y entre 5-10 años, mientras que en aquellos con menos de 5 años la presencia fue mucho menor. Además, el tiempo de uso también mostró asociación estadísticamente significativa con la presencia de queilitis angular (Valor-p < 0,05).

En contraste, no se encontró asociación significativa de la queilitis angular en pacientes con la higiene de la prótesis (Valor-p = 0,150) (Figura 2).

Figura 2 *Presencia de queilitis angular según las condiciones clínicas de la prótesis parcial removible en pacientes parcialmente edéntulos*.



Nota: El porcentaje de las barras es dentro de las categorías de las condiciones clínicas de la prótesis parcialmente removible.

De acuerdo con los resultados de la tabla 2 no se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de queilitis angular (Valor-p ≥ 0,05). En cuanto a la edad se observó mayor edad promedio en los pacientes con queilitis angular, además, se evidenció una diferencia estadísticamente significativa (valor-p < 0,05) de la edad promedio entre los pacientes con y sin queilitis angular.

Tabla 2 *Presencia de queilitis angular según las características demográficas en pacientes parcialmente edéntulos.*

Características demográficas	Presencia de queilitis		Valor-p
	No	Si	
Sexo			
Masculino	16,7%	83,3%	0,567
Femenino	25,0%	75,0%	
Edad (años) μ ± σ	43,4 ± 7,9	60,6 ± 11,2	0,001

Nota: Significancia p<0,05. Prueba Chi-cuadrado. Prueba T de Student de muestras independientes. El porcentaje de la tabla es dentro de las categorías de las características demográficas. μ: media, σ: desviación estándar.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio evidencian que la dimensión vertical fue disminuida en una mayoría significativa y la presencia de queilitis angular se determinó en un 66.7% de los pacientes, entre ellos la mayoría con queilitis bilateral y severidad moderada a leve.

Dentro de los resultados se confirma que si se encontró una

relación significativa entre la disminución de la dimensión vertical y la presencia de queilitis angular. Esto coincide con estudios previos que se han realizado en el 2025 de la Universidad de la Frontera, que demostraron que la pérdida de la dimensión vertical sí genera un colapso oclusal.[16] Lo que provoca pliegues profundos en las comisuras labiales que van a desarrollar lesiones inflamatorias en esa zona.[17]

Se evidenció que tanto en pacientes portadores de prótesis como no portadores hay presencia de queilitis angular, por lo que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el uso de prótesis y dicha lesión.

No obstante, este hallazgo nos dice que independientemente que los pacientes usen o no prótesis seguirá existiendo una dimensión vertical alterada provocando la presencia de queilitis.[18] Asi como se evidencia en este estudio de la revista Stroke que el simple uso de prótesis no es suficiente; lo que aumenta la prevalencia de lesiones en las comisuras es el desajuste, tiempo prolongado de uso, mala higiene y pobre mantenimiento, y que sin estos factores la relación no es significativa.[19]

Por otro lado, la literatura nos reporta, que la queilitis angular es más común en pacientes de prótesis dentales, mal adaptadas ya que la falta de soporte adecuado contribuye a la reducción de la dimensión vertical por lo tanto también a la retención de humedad en las comisuras labiales teniendo condiciones microbiológicas que desencadenan esta lesión.[20] Similar a lo observado en investigaciones de la clínica universitaria de Medellín en el año 2017 que se reporta estomatitis protésica y queilitis como lesiones comunes en portadores de prótesis removibles cuando estas no encajan correctamente. [21]

Por este motivo se evaluó a los pacientes que tienen queilitis y que son portadores de prótesis y se observó que efectivamente la adaptación fue de regular a mala mientras que aquellos con prótesis bien adaptadas no se registraron casos de que queilitis angular.

Aunque en este trabajo la higiene de la prótesis no resultó estadísticamente significativa, sí se observó que hay una tendencia clínica hacia mayor presencia de queilitis de los pacientes portadores de prótesis que tienen una higiene deficiente.[22]

En este estudio la mayoría que se concentró en realizar la higiene de una a dos veces al día cuando lo ideal sería que lo hagan 3 veces, lo cual está respaldado por estudios que describen la humedad crónica por falta de higiene y la presencia de microorganismos como predisponentes para dicha lesión.[23]

Existe una correlación directa entre el uso prolongado de las prótesis en especial las que son utilizadas por más de 10 años y la aparición de queilitis angular. [24]

Según investigaciones esto se debe a que el paso del tiempo provoca la pérdida de estabilidad del aparato y una alteración crítica en la dimensión vertical, por eso el uso prolongado de las prótesis sin cambio periódicamente predispone al paciente a lesiones Porque favorece al colapso de las comisuras labiales. [25]

Por el contrario, entre el sexo y la presencia de queilitis no se evidencio una asociación estadísticamente significativa.

A pesar de que en el presente trabajo de investigación, la mayoría de la población evaluada estuvo conformada por mujeres, se observó una mayor prevalencia de queilitis angular en pacientes del sexo masculino, este hallazgo contrasta con diversos estudios de algunos autores que reportan que la mayor frecuencia de queilitis aparece en las mujeres, lo cual suelen atribuirlos a factores hormonales o mayor longevidad.[26]

Sin embargo, esta discrepancia puede estar relacionada con conductas de cuidado y mantenimiento protésico, por ejemplo, diversos estudios han señalado que los hombres tienden a acudir con menor frecuencia a controles odontológicos y a realizar menos ajustes o cambios de sus prótesis, lo que favorece el deterioro de las mismas, por lo

tanto, aumenta el riesgo de lesiones en la mucosa oral.[27]

Esto podría explicar la mayor prevalencia de queilitis en este grupo de personas, sin embargo, los resultados de este trabajo indican que el sexo por sí solo no constituye un factor determinante para la aparición de esta lesión.[28]

Por el contrario, la edad sí mostró una asociación significativa, lo cual concuerda con investigaciones que reportan una mayor prevalencia de queilitis angular en adultos mayores.[29] Debido a cambios fisiológicos y el uso prolongado de prótesis dentales sin cambiar periódicamente.

Estos resultados indican que hay que reforzar la necesidad de una adecuada planificación protésica, controles periódicos donde el odontólogo y educación al paciente como medidas fundamentales para prevenir la queilitis angular y mejora la calidad de vida de los pacientes parcialmente edéntulos.[30]

CONCLUSIONES

Con base a los resultados obtenidos concluimos que la queilitis angular en los pacientes parcialmente edéntulos, es una condición de origen multifactorial ya que los factores protésicos van a jugar un papel importante en su aparición.

Pudimos ver que sí existe una relación significativa entre la disminución de la dimensión vertical protésica y la presencia de queilitis angular, siendo éste el principal factor predisponente.

Asimismo, es importante mencionar que el estado de adaptación de la prótesis sí influye en la presencia de esta lesión observándose mayor frecuencia la queilitis angular en pacientes con prótesis mal adaptadas.

De igual manera, el tiempo de uso de las prótesis removibles se asocia con una mayor presencia de queilitis en especial pacientes que tienen prótesis por más de 10 años.

En cuanto a la higiene de la prótesis, aunque no se encontró una asociación significativa hubo

una mayor frecuencia de esta lesión en pacientes con higiene deficiente.

Y finalmente se determinó que el sexo no influye en la presencia de queilitis angular, mientras que la edad sí constituye un factor relevante presentándose una mayor frecuencia de la lesión en pacientes de mayor edad.

RECOMENDACIONES

Se sugiere reforzar la educación del paciente sobre una correcta higiene bucal y el mantenimiento de la prótesis ya que aunque no se evidenció una asociación, este factor puede optar como un potenciador de otros factores protésicos.

Se recomienda una evaluación periódica a los pacientes que utilizan prótesis para promover su reemplazo oportuno cada cierto tiempo, especialmente en pacientes con más de 10 años de uso.

Por último, sería pertinente la realización de futuras investigaciones con muestras más amplias y un diseño metodológico más diverso, que ayude a profundizar este estudio en pacientes parcialmente edéntulos debido a la limitada evidencia científica que existe en comparación con pacientes edéntulos totales.

REFERENCIAS

1. Águila MC del, Sandoval AV, Lozano HF. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Revista Científica Alas Peruanas. 29 de junio de 2014;1(1). doi:10.21503/sd.v1i1.426

2. Vizcaíno K, Armas A. Prevalencia de edentulismo en adultos mayores en América Latina. Revisión de literatura. Revista Estomatológica Herediana. 15 de diciembre de 2022;32(4):420-7. doi:10.20453/reh.v32i4.4383

3. Espinosa-Valarezo JC, Irribarra-Mengarelli R, González-Bustamante H, Espinosa-Valarezo JC, Irribarra-Mengarelli R,

González-Bustamante H. Métodos de evaluación de la Dimensión Vertical Oclusal. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. agosto de 2018;11(2):116-20. doi:10.4067/S0719-01072018000200116

4. Alvítez Temoche DA. Dimensión vertical oclusal. 2016.

5. Willis FM. Esthetics of Full Denture Construction*. The Journal of the American Dental Association (1922). 1 de abril de 1930;17(4):636-42. doi:10.14219/jada.archive.1930.0087

6. Arismendi-E JA, Restrepo-Echavarría A, Cortés-C N. Dimensión vertical: una revisión. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 1991;3(1):35-44. doi:10.17533/udea.rfo.23981

7. Marchioni AP. Armonía del sistema estomatognático a través del restablecimiento de la dimensión vertical [Tesis] [Internet]. Universidad Nacional de La Plata; 2023 [citado 14 de febrero de 2026]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/157117

8. Baidal MFP, Torres JJV, Gallegos CGM, Aráuz SML. Rehabilitación oral en el paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. RECIMUNDO. 21 de agosto de 2024;8(2):318-26. doi:10.26820/recimundo/8.(2).abril.2024.318-326

9. Vílchez Salazar EF, Sánchez Vargas SMDP, Vílchez Quintana EE, Gaitan Velasquez JS, Sánchez García JA, Vilchez Quintana ML, et al. Queilitis Comisural Asociado a la Pérdida de la Dimensión Vertical en Pacientes Portadores de Prótesis Completa. International journal of odontostomatology. septiembre de 2025;19(3):353-7. doi:10.4067/s0718-381x2025000300353

10. Correa MRJ. Prevalencia de estomatitis subprotésica, queilitis angular e hiperplasia fibrosa asociadas al uso de prótesis dental en una clínica universitaria de Medellín, 2017. Revista Nacional de Odontología. 1 de julio de

2019;15(29):1-14. doi:10.16925/2357-4607.2019.02.07

11. Oza N, Doshi JJ. Angular cheilitis: A clinical and microbial study. Indian J Dent Res. 2017;28(6):661-5. doi:10.4103/ijdr.IJDR_668_16 PubMed PMID: 29256466.

12. López-Giménez EL, Martínez-Cortés P, Gámez-Martínez A, Huerta-Ortiz ME, López-Giménez EL, Martínez-Cortés P, et al. Rehabilitación oral en paciente con disminución de la dimensión vertical, integrando tecnología digital CAD/CAM. Reporte de caso. Revista odontológica mexicana. septiembre de 2024;28(3):10-8. doi:10.22201/fo.1870199xp.2024.28.3.86293

13. Brantes MF, Azevedo RS, Rozza-de-Menezes RE, Póvoa HC, Tucci R, Gouvêa AF, et al. Analysis of risk factors for maxillary denture-related oral mucosal lesions: A cross-sectional study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. mayo de 2019;24(3):e305-13. doi:10.4317/medoral.22826 PubMed PMID: 31011141; PubMed Central PMCID: PMC6530958.

14. Medeiros MMD de, Pinheiro MA, Figueredo OMC de, Oliveira LFS de, Wanderley RL, Cavalcanti YW, et al. Oral health-related quality of life of older adults living in long-term care facilities and its association with dental prosthesis use and condition. Geriatrics, Gerontology and Aging. 2023;17(0):1-8. doi:10.53886/gga.e0230007

15. Ercalik Yalcinkaya S, Özcan M. Association between Oral Mucosal Lesions and Hygiene Habits in a Population of Removable Prosthesis Wearers. Journal of Prosthodontics. 1 de septiembre de 2014;24. doi:10.1111/jopr.12208

16. Krishnan PA, Anil S, Vijayan S. Angular Cheilitis - An Updated Overview of the Etiology, Diagnosis, and Management. Journal of Dentistry and Oral Sciences. 14 de febrero de 2021;8:1433-8.

17. Gutiérrez Huízar LL, Ortega Bernal LA, Rodríguez-Chávez JA, Flores-Ruiz HM, Magaña-Curiel K, Curiel-Gonzalez R, et al. Manejo

interdisciplinario de rehabilitación oral en paciente con pérdida de dimensión vertical. Revista odontológica mexicana. septiembre de 2022;26(3):56-64. doi:10.22201/fo.1870199xp.2022.26.3.80393

18. Taheri S, Torabi-Parizi M, Karimi-Afshar M, Haghani J, Taheri A. Denture-related oral mucosal lesions among removable denture wearers referred to clinics of Kerman, Iran. Journal of Oral Health and Oral Epidemiology. 1 de mayo de 2016;5(2):78-83.

19. Jauss M, Wessels T, Trittmacher S, Allendörfer J, Kaps M. Embolic lesion pattern in stroke patients with patent foramen ovale compared with patients lacking an embolic source. Stroke. agosto de 2006;37(8):2159-61. doi:10.1161/01.STR.0000231645.22128.ab PubMed PMID: 16825590.

20. Devi1 S, Duraisamy2 R. Prevalence of Angular Cheilitis and Assessment of Factors Associated with It - A Retrospective Study. Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. 29 de octubre de 2020;14(4):5947-54. doi:10.37506/ijfmt.v14i4.12535

21. Tosun B, Uysal N. Denture care attitudes, hygiene levels and oral mucosal lesions in complete denture wearers from a single-institution cross-sectional study. Sci Rep. 9 de enero de 2025;15(1):1421. doi:10.1038/s41598-025-85885-4

22. García Alpizar B, Benet Rodíguez M, Castillo Betancourt E. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor: una preocupación de todos. MediSur. febrero de 2010;8(1):36-41.

23. Şahin SC, Özdede M, Uçan GÖ, Sahan HT. Relationship Between Oral Hygiene Habits and The Presence of Oral Mucosal Lesions in Patients with Removable Prosthesis. JBACHS. 30 de septiembre de 2025;9(3):419-28. doi:10.30621/jbachs.1533347

24. Fernández M del SCR, Recio AP, González EML, Solís SEH. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. Rev ADM. 2014;71(5):221-5.

25. 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]. 8 de enero de 2025 [citado 14 de febrero de 2026]. Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/39114

26. Sotomayor Camayo J, Pineda Mejia M, Galvez Calla L, De la Cruz Castillón A. Alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadoras de prótesis totales. Odontología sanmarquina. 2002;1(10):3.

27. Ahumada Vega G. Desigualdades de Género en Enfermedades Bucodentales y acceso a Atención Odontológica en población de 35 a 44 años, Región Metropolitana de Chile [Thesis] [Internet]. 2017 [citado 14 de febrero de 2026]. Disponible en: https://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl/dspace/handle/123456789/544

28. Pál-Hegedüs C. Preferencias genéricas de los pacientes odontológicos. Acta Académica. 1993;13(Noviembre):172-4.

29. Jennifer Katherine MS. Caracterización de la morbilidad oral del adulto mayor. parroquia Guanando, 2019 [bachelorThesis] [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo,2019; 2019 [citado 14 de febrero de 2026]. Disponible en: http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6274

30. Vera Zambrano AV. Estudio de satisfacción entre la diferente prótesis parcial removible. [Internet]. 2025 [citado 14 de febrero de 2026]. Disponible en: https://repositorio.uleam.edu.ec/handle/123456789/8402

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ , con cédula de identidad N° _____ , por medio del presente documento, declaro que he sido informado sobre el estudio de investigación**: "Relación entre la dimensión vertical protésica y la presencia de queilitis angular en pacientes parcialmente edéntulos"** que consiste en la evaluación clínica, la medición facial y protésica sin procedimientos invasivos ni riesgos para la salud de los pacientes.

Autorizo de manera libre voluntaria e informada que dichos datos obtenidos sean utilizados en el estudio de investigación realizado por la estudiante Belén del Cisne Loayza Cacao de la carrera de odontología de la Universidad católica de Santiago de Guayaquil, bajo la supervisión de sus respectivos tutores y con fines exclusivamente académicos y científicos.

Firmo este documento en conformidad, con pleno conocimiento de su contenido.

Firma del paciente: _____

C.I.: _____

Fecha: _____/ _____/ _____

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Anexo 2: Ficha clínica de recolección de datos

Estudio: Relación entre la dimensión vertical protésica y la presencia de queilitis angular en pacientes parcialmente edéntulos
Investigador: Belén del Cisne Loayza Cacao.
Carrera: Odontología

HC#	
Nombre del pc	
Fecha de evaluación	____/____/20_____
Edad	años
Sexo	☐ Masculino ☐ Femenino
Tiempo de desdentado	años

1. Datos generales

2. Evaluación clínica

Presencia de lesiones en mucosa	☐ Sí ☐ No — Describir: _____
Presencia de queilitis angular	☐ Sí ☐ No
Localización	☐ Unilateral ☐ Bilateral
Grado (si aplica)	☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo

3. Dimensión vertical protésica

Parámetro	**Descripción / Valor (mm)**	**Observaciones**
(DVR) distancia: Subnasal a Mentoniano	mm	
(DVO) distancia Subnasal a Mentoniano	_____mm	
Espacio libre interoclusal (DVR - DVO)	_____mm	
Resultado según Willis	☐ Normal (2–4 mm) ☐ Disminuida (<2 mm)	

4. Estado de la prótesis higiene y tiempo de uso

Evaluación	**Resultado**
Adaptación / estabilidad	☐ Bien adaptada ☐ Regular ☐ Mal adaptada
Veces al día higieniza la prótesis	1 2 3
Utiliza prótesis	☐ Si ☐ No
Edéntulo parcial	☐ Unimaxilar sup. ☐ Unimaxilar inf. ☐ Bimaxilar
Tiempo de uso de la prótesis.	☐ < 5 años ☐ 5–10 años ☐ > 10 años

Observaciones:……

Firma del investigador:

……..
Belén del Cisne Loayza Cacao

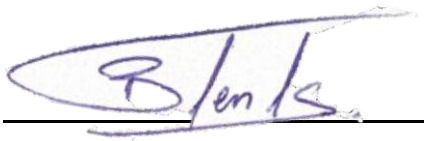
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Loayza Cacao**, **Belén del Cisne** con C.I: 0750014219 autor/a del trabajo de titulación: **Relación entre la dimensión vertical protésica y la presencia de queilitis angular en pacientes parcialmente edéntulos** previo a la obtención del título de **Odontólogo** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 03 de marzo del 2026

f. 

Nombre: **Loayza Cacao, Belén del Cisne**

C.C: **0750014219**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Relación entre la dimensión vertical protésica y la presencia de queilitis angular en pacientes parcialmente edéntulos		
AUTOR(ES)	Loayza Cacao, Belén del Cisne		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Ocampo Poma, Estefanía del Rocío		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	De Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Odontología		
TITULO OBTENIDO:	Odontólogo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	**03 de marzo del 2026**	**No. DE PÁGINAS:**	**(17 de páginas)**
ÁREAS TEMÁTICAS:	Prótesis removible, higiene bucal		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Dimensión vertical oclusal, dimensión vertical en reposo, queilitis angular, prótesis dental, edentulismo parcial, severidad.		

RESUMEN/ABSTRACT: Introducción: La queilitis angular es una afección inflamatoria caracterizada por fisuras dolorosas en las comisuras labiales, asociada con la perdida de piezas dentales, prótesis mal adaptadas y pobre higienización, llegando a una pérdida de la dimensión vertical, impactando negativamente en la calidad de vida, estética y función del paciente. **Objetivo:** Determinar la relación entre la dimensión vertical protésica y la presencia de queilitis angular en pacientes parcialmente edéntulos, con y sin prótesis. **Materiales y métodos:** Este estudio fue observacional, transversal y analítico, realizado en una muestra de 60 pacientes parcialmente edéntulos, 30 portadores de prótesis y 30 no portadores. La dimensión vertical protésica se evaluó mediante el compás de Willis, utilizando los puntos de referencia subnasal y mentón, con mediciones en reposo (DVR) y en oclusión (DVO). **Resultados:** Según los parámetros estudiados, la dimensión vertical fue disminuida (< 2 mm) en una mayoría significativa de pacientes (70%) y el resto fue normal (2-3 mm). El tiempo desdentado en promedio fue de 8,7 años con desviación estándar de 4,3 años. La presencia de Queilitis se determinó en el 66,7% de los pacientes, entre ellos la mayoría con queilitis bilateral y severidad moderada-leve **Conclusiones:** La disminución de la dimensión vertical protésica si se asoció significativamente con la presencia de queilitis angular, siendo el principal factor predisponente. El estado y el tiempo de uso de la prótesis influyeron en la aparición de la lesión, mientras que la higiene, el sexo y la edad no mostraron asociación significativa.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	**Teléfono:** +593-967304673	E-mail: belendelcisne22@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (C00RDINADOR DEL PROCESO UTE):	**Nombre: Estefanía Ocampo Poma**	
	Teléfono: +593-996757081	
	E-mail: estefania.ocampo@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	