



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**TESIS DONADA POR  
D. G. B. - UNAM**

**LA PROTESIS DENTAL, SU RELACION CON  
LOS TEJIDOS BUCALES, ALTERACIONES  
Y EFECTOS INDESEABLES**

*Revisó tesis:*  
*C. López*

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**CIRUJANO DENTISTA**  
P R E S E N T A  
**GUADALUPE LUNA BARAJAS**

CD. UNIVERSITARIA, MEX. D. F. 1981



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **INTRODUCCION**

### **CAPITULO I. - PROTESIS DENTAL**

- 1. - Prótesis Parcial**
- 2. - Prótesis Parcial Removible**
  - A). - Componentes**
  - B). - Indicaciones**
  - C). - Contraindicaciones**
  - D). - Ventajas**
  - E). - Desventajas**
  - F). - Principios Básicos.**
- 3. - Prótesis Fija**
  - A). - Componentes**
  - B). - Indicaciones**
  - C). - Contraindicaciones**
  - D). - Ventajas**
  - E). - Desventajas**
- 4. - Prótesis Total**
  - A). - Componentes**
  - B). - Indicaciones**

**C). - Contraindicaciones**

**D). - Lesiones que Producen las Cámaras de --  
succión y las succiones de goma.**

**5.- Elementos Destructores de las Prótesis**

**6.- Indicaciones al Paciente para el uso de su Prótesis.**

**7.- Acondicionadores de Tejido.**

## **CAPITULO II. - ASPECTO PSICOLOGICO**

**1. - Significado de las prótesis para los pacientes.**

**2. - Relación entre el paciente y el odontólogo.**

## **CAPITULO III. - RELACION DE LAS PROTESIS DENTALES Y EL TEJIDO BUCAL.**

**1. - Reacción de la encía**

**2. - Reacción de la mucosa palatina**

**3. - Reacción de los tejidos de la cresta alveolar**

**4. - Trastornos en la secreción salival**

**5. - Reacción de la pulpa**

**6. - Efectos en el tejido dentario**

**7. - Reacción de los tejidos por influencias traumáticas.**



**8.- Influencia mecánica de las prótesis.**

**CAPITULO IV.- ALTERACIONES LOCALES QUE CAUSAN LAS -  
PROTESIS.**

**1.- Irritaciones locales**

a).- *Fibroma por irritación*

b).- *Epulis fissuratum*

**2.- Inflamación bucal (estomatitis protésica)**

**3.- Hiperplasia papilar inflamatoria**

**4.- Granuloma piógeno**

**5.- Candida Albicans (candidiasis)**

**6.- Úlcera protésica**

**7.- Cresta maxilar móvil**

**8.- Movimiento fisiológico y patológico de los dientes**

a).- *Pruebas de movilidad*

**9.- Alteraciones del parodonto**

a).- *Generalidades*

b).- *Gingivitis*

c).- *Bolsa parodontal*

d).- *Periodontitis*

**10.- Rugosidades del paladar**

**CAPITULO V. - ALTERACIONES DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR**

1. - *Componentes de la articulación temporomandibular.*
2. - *Artritis degenerativa (osteoartritis)*
3. - *Subluxación*
4. - *Síndrome de dolor y disfunción facial*

**CAPITULO VI. - REACCIONES A LAS INFLUENCIAS DEL MATERIAL UTILIZADO EN LOS TRABAJOS PROTÉSICOS.**

1. - *Reacciones a distancia*
2. - *Alergia a la base de la prótesis*

**CAPITULO VII. - LESIONES BLANCAS**

1. - *Queratosis local*
2. - *Leucoplasia*
3. - *Liquen plano*

**CAPITULO VIII. - LESIONES MALIGNAS**

1. - *Carcinoma verrugoso*

**2.- Carcinoma de lengua**

**CAPITULO IX.- PREVENCIÓN DE LAS ALTERACIONES**

- 1.- Esquema para la planificación de tratamiento y -  
diseño.**
- 2.- Prevención en prótesis fija y removible**
- 3.- Prevención en prótesis total**
- 4.- Lo relacionado a los laboratorios dentales**

**CONCLUSION**

**BIBLIOGRAFIA**

## INTRODUCCION

*Me ha interesado éste tema, debido a que en mi poca experiencia en la profesión odontológica he encontrado a personas que a pesar de haber acudido a nosotros con el fin de resolver la ausencia dentaria, no se les ha rehabilitado correctamente ni fisiológica, ni estéticamente, causandole además alteraciones, que veremos adelante, como una acentuada disminución de los procesos residuales (resorción ósea) y por lo tanto se afecta la retención y estabilidad que son necesarias para que las prótesis queden bien adaptadas y asentadas sobre los procesos residuales.*

*El aspecto que nosotros representamos en la salud nos lleva a considerar la importancia de la influencia de las prótesis sobre los tejidos bucales, su salud, la estabilidad del aparato y su eficiencia funcional. Estar concientes de lo importante de las recomendaciones posteriores, que se le dan al paciente -- al colocar cualquier trabajo,*

*Estar concientes que existen errores en los aparatos protésicos, de los cuales si no tenemos conocimientos, de sus posibles consecuencias, del tratamiento o de la conducta a seguir -*

*en cada una de ellas, será difícil obtener el éxito completo en - -  
nuestra profesión pues siempre cometeremos los mismos errores  
si no tratamos de superarlos.*

*Espero sea útil también este trabajo a cuantos lo lean,  
traten de mejorar el servicio médico dental de nuestra sociedad  
y con ello enaltecer nuestra profesión y por lo tanto a la Universi-  
dad Nacional Autónoma de México.*



## **I. - PROTESIS DENTAL**

*Se entiende por prótesis dental a el tratamiento de la sustitución de las piezas dentales perdidas ya sea parcial o totalmente por medio de aparatos artificiales restituyendo al paciente la función y estética.*

### **1. - Prótesis Parcial**

*Es la prótesis dental que reemplaza a uno o más dientes perdidos y recibe su mayor soporte bajo las fuerzas masticatorias, de las estructuras que se encuentran debajo de sus bases y mantienen su posición en la boca mediante retenedores, ganchos, anclajes intracoronarios, incrustaciones y coronas.*

### **2. - Prótesis Parcial Removible.**

*Es la parte de la prótesis dental que trata de resolver el problema del paciente parcialmente desdentado por medio de un aparato protésico parcial, el cual puede moverse a voluntad por el paciente sin causarle ningún deterioro o alteración.*

*Se mantiene en la boca por medio de ganchos o rete-*

*nedores y por encajes de precisión.*

*La actividad funcional del aparato actúa de un lado en los dientes pilares y por el otro sobre los tejidos de la cresta -- alveolar o del paladar.*

**A). - Componentes.**

*Se compone principalmente de:*

**Pilar. -** *Diente natural al cual se fija la prótesis y es quien provee al retenedor de soporte.*

**Base. -** *Es el elemento que forma la silla que cubre la parte del reborde desdentado y sirve para colocar a los dientes artificiales.*

**Retenedor. -** *Son propiamente los ganchos y los ataches de precisión.*

**Apoyos o Descansos Oclusales.** *Son elementos que se disponen sobre los rebordes marginales proximales de los dientes, sobre incrustaciones o coronas, con el propósito de impedir el hundimiento.*



*to de la base conectada a ellos en la mucosa y así evitar una carga sobre el diente que se coloca.*

**Póntico.** - *Son las piezas dentarias artificiales, que van colocadas sobre la base y pueden ser de acrílico o de porcelana o combinadas de metal con acrílico.*

**B). - Indicaciones.**

*La prótesis removable se indica en :*

- a). - Brechas muy largas.*
- b). - Brechas múltiples, con algunas largas, afectando grupos mecánicos diferentes.*
- c). - Falta de pilares posteriores.*
- d). - Exigencias higiénicas.*
- e). - En un parodonto clínicamente sano.*

**C). - Contraindicaciones.**

- a). - Brechas cortas (salvo cuando se usan attaches de precisión).*

b. - Casos en que los aparatos fijos mejoran la condición parodontal como fertilizadores.

b). - En casos de enfermedades mentales.

Las indicaciones y contraindicaciones no se usan de un modo estrito, lo fundamental es que se tenga presente que para la elaboración de un buen trabajo tenemos que analizar y aplicar lo que más convenga para el paciente y los tejidos de sostén y no solo tomar las impresiones y mandarlas al laboratorio dental.

D). - Ventajas.

a. - No hay que desgastar tejido sano en los dientes pilares para su colocación, salvo en los casos de retenedores de precisión.

b). - Se pueden limpiar perfectamente tanto el aparato como los dientes pilares.

c. - En casos de brechas múltiples o bi laterales se puede hacer un solo aparato.

- d). - En algunos casos resultan más económicos que un aparato fijo.
- e). - Se tiene menor índice de causar lesión paradontal como bolsas paradontales.
- f). - Se pueden hacer los ajustes y reparaciones que sean necesario.

**E). - Desventajas.**

- a). - En caso de que sean pequeños el paciente se los puede tragar o lastimarse en caso de que se salgan de su lugar.
- b). - Si el paciente no lo sabe colocar -- puede deformarlo y desajustarlo, -- causando en los dientes pilares sobre carga y dolor.
- c). - En algunos casos sobretodo cuando el diente pilar es el canino, resulta antiestético.
- d). - Si hay sobrecarga en los dientes -- pilares se pueden aflojar éstos.

## **F. - Principios Básicos.**

*La prótesis removible cuenta con tres principios básicos: soporte, retención y estabilidad.*

**Soporte.** - *Los dientes y los rebordes desdentados son el soporte porque constituyen los asientos protésicos y son el conjunto de elementos vivos sobre los cuales la prótesis va a efectuar las cargas masticatorias, a el soporte se le divide en soporte dentario y soporte mucoso.*

**Soporte Dentario.** *Los dientes reciben cargas directas por si mismos o por medios protésicos por las sillas próximas a ellos. Estas fuerzas inciden y es aconsejable que así ocurra, en forma vertical paralela al eje mayor del diente (fuerzas axiales).*

*En estas condiciones el diente tiende a hundirse en su alveólo provocando tracciones en las fibras periodontales, estiramientos que producen por el lado alveolar un estímulo tónico que se convierte en fenómeno osteogénico a posición ósea.*

*Si las fuerzas tienden a desplazar al diente entonces hay en éste y en hueso cambios y resorcciones que pueden convertirse en movilidad patológica y pérdida del diente (fuerzas horizontales).*

**Soporte Mucoso, -**

*En éste los rebordes reciben directamente la fuerza como carga de -- presión y así se transmite al hueso aunque con amortiguación proporcional a la capacidad que tienen los tejidos blandos interpuestos de disipar esa fuerza.*

**Estabilidad, -**

*Es necesario que las fuerzas de desplazamiento transversal no se presenten. Cuando cumple esta condición se dice que la prótesis tiene estabilidad.*

*Esto se logra colocando dispositivos que apuntalen o contengan la prótesis en sentido horizontal, sagital y en forma pasiva.*

*La estabilidad se acrecenta con una articulación balanceada y deslizante de las superficies oclusales, y por selección y distribución apropiada de las acciones de anclaje.*



### 3.- Prótesis Fija.

Es la prótesis que reemplaza a uno o más dientes perdidos con la característica de que va unido a los dientes de soporte y no lo puede retirar para nada de la boca el paciente.

#### A).- Componentes

Al aparato fijo lo componen:

**Pilar o Soporte.-** Es el diente natural o raíz en el cual se asegura el aparato por medio del retenedor.

**Retenedor,-** Restauración que asegura al puente en el diente pilar.

**Pieza Intermedia o** Es el diente artificial.

**Póntico.**

**Conector.-** Es la unión de la pieza intermedia y el retenedor, puede ser unión soldada o no, como el apoyo occlusal o en forma de cola de milano.

#### B).- Indicaciones.

- a). - Edad del paciente, se recomienda en pacientes de los veinte a los cuarenta años.
- b). - En tramos o brechas cortas
- c). - Cuando existe una buena distribución de los dientes remanentes y haya parafisiología en ellos.
- d). - Exista una buena relación en el tamaño entre la corona y raíz del diente pilar.
- e). - Cuando el estudio radiográfico y clínico demuestre la capacidad de los dientes pilares de soportar una carga adicional.
- f). - Cuando la ley de Ante se cumple, en donde la brecha a restituir no debe ser mayor a la suma de la longitud de las raíces de los dientes pilares.
- g). - Cuando la estética sea necesaria.
- h). - En casos de incidencia de caries.



**C). - Contraindicaciones.**

- a). - En espacios desdentados de mucha longitud y cuando la carga adicional sea desfavorable para los dientes.
- b). - La forma y longitud de los pilares - sea corta tanto de la corona como de la raíz, cuando ésta es cónica la estabilidad del diente disminuye.
- c). - Cuando existen zonas radiculares -- expuestas sensibles muy extensas en los dientes pilares.
- d). - Cuando la altura y calidad del proceso alveolar y membrana periodontal este comprometida a trauma mecánico.
- e). - Higiene bucal muy deficiente.
- f). - En ancianos, por abrasión de las caras oclusales.
- g). - En adolescentes donde hay dientes - que no han erupcionado totalmente.
- h). - Hueso soporte reabsorbido por enfermedades parodontal.

**D). - Ventajas.**

*Van fuertemente unidos a los dientes y no se pueden desplazar o deformar, no existe el peligro de que el paciente se los pueda tragar.*

*Se parecen mucho a los dientes naturales sobre todo si se usan retenedores estéticos y no presentan aumento de volumen -- que altere las relaciones bucales.*

*No hacen anclajes que se muevan en las superficies del diente durante la masticación y haya desgaste progresivo del -- esmalte.*

*Tienen acción de férula sobre los dientes que van anclados protegiéndolos de las fuerzas perjudiciales.*

*Transmiten a los dientes las fuerzas funcionales de manera que estimulen favorablemente a los tejidos de soporte.*

**E). - Desventajas.**

*Se dificulta su limpieza y por lo mismo favorece la acumulación de alimentos que posteriormente provocan enfermedad parodontal.*

*Para colocar el retenedor en ocasiones hay que desgastar tejido dentario sano, y es difícil que haya ajuste gingival perfecto.*

*Su reparación es más laboriosa, y en ocasiones el costo -- del aparato resulta muy elevado.*

#### **4. - Prótesis Total.**

*Es la rama de la prótesis dental que se encarga de reemplazar por medio de sustitutos artificiales a todos los dientes y estructuras asociadas ausentes del arco superior e inferior, procurando la salud de los desdentados restaurando la estética, la masticación, fonética y demás deficiencias provocadas por el desdentamiento de estos pacientes.*

##### **A. - Componentes.**

*La prótesis total se compone de dos elementos: la base y los dientes artificiales.*

*La base se compone de tres superficies:*

- 1. - Oclusal o de antagonización*
- 2. - De asiento que se adapta al reborde alveolar.*
- 3. - La superficie pulida que simula la encía normal.*

*El soporte de las prótesis totales lo da el ajuste de la base contra los tejidos a que se adapta.*

*La estabilidad resulta de la disposición de los bordes, superficies pulidas y oclusales de manera que eliminen a las fuerzas desplazantes y además de el aprendizaje del paciente para manejar a su musculatura.*

**B). - Indicaciones.**

- a). - En pacientes totalmente desdentados que presenten su encía totalmente cicatrizada y regularizada.*
- b). - En arcos que presenten una altura ósea regular, para que haya una buena retención.*
- c). - Cuando los procesos residuales o el paladar no tengan torus, ulceraciones, absesos, restos radiculares que haya que tratar primero.*

**C). - Contraindicaciones**

- a). - Cuando los pacientes no reúnen los requisitos de las indicaciones.*
- b). - Cuando existen enfermedades mentales.*



**D). - Lesiones que Producen las Cámaras de Succión y las Succiones de Goma.**

*Cuando un aparato protésico tiene mal ajuste y una deficiente construcción, a veces se recurre para su sujeción a las cámaras de succión, que desde el punto de vista de ética profesional - no concuerdan con una actitud responsable frente al paciente.*

*A través de la experiencia se ha visto que esta cámara de succión es inútil, pues al paso de un tiempo se llenan completamente de mucosa inflamada.*

*Con la cámara de succión se provee al paciente de un foco inflamatorio crónico acompañado a veces de ulceraciones, que pueden evolucionar alteraciones malignas.*

*En algunos casos no refieren molestias o dolor en mucho tiempo y por ello se va a atender hasta que la lesión esta ya muy avanzada. Algunos pacientes se logran recuperar, cambiando la prótesis desajustada con la cámara de succión, posteriormente colocando un aparato nuevo que actúe en forma benéfica sobre la mucosa inflamada o bien hacer un diseño del aparato que libere la zona afectada.*

*Pueden desarrollar una degeneración maligna, cuando a pesar de haber eliminado el aparato irritativo no hay una reversibilidad en la lesión.*

*Las succiones de goma.*

*Las succiones de goma fueron aditamentos que se utilizaron cuando la prótesis total superior ajustaba mal y era necesario que algo la sujetará.*

*Su acción nociva no afectaba solamente a la zona que estaba en contacto directo con la succión, sino que por el movimiento -- basculante de la prótesis daban una presión mecánica en el hueso de las crestas alveolares y originaban su atrofia e hiperplasia en la mucosa (engrosamiento de la mucosa, encía móvil de la cresta alveolar).*

*En la zona del paladar donde iba colocada la succión aparecía con frecuencia depresión de la mucosa e incluso se podía presentar perforación hacia la nariz produciendo también inflamación crónica de la mucosa del paladar. Afortunadamente hace mucho tiempo que ya no se usan.*



##### **5.- Elementos Destruidores de las Prótesis.**

*Las dentaduras parciales pueden aflojar y destruir lentamente al parodontio hasta el hueso.*

*La capacidad de resistencia de los pilares depende de factores como la altura del diente por sobre el hueso la longitud de la raíz dentro del alveólo, la superficie total de parodontio, la calidad de oclusión del diente y la capacidad de reparación del parodontio y hueso. Hay que tomar en cuenta que no hay que someter a oclusión traumática a ningún pilar.*

*Un diente pilar siempre tendrá una sobrecarga y en la elaboración de una prótesis será nuestra responsabilidad el impedir que esa sobrecarga sea destructora.*

*El potencial destructor de una dentadura parcial es proporcional al grado de movimiento de la dentadura y de el mecanismo del gancho que transfiere ese movimiento al diente pilar.*

*Base de la Prótesis.*

*La mayoría de las dentaduras parciales se confeccionan -*

sobre modelos obtenidos de impresiones con alginato y cucharillas comunes, lo cual implica un mayor grado de inexactitud, por lo que en algunos aparatos se ve o se obtiene desajustes sobre los tejidos.

Lo mejor sería que se tomaran las impresiones con materiales de impresión de más precisión y se elaboraran cucharillas individuales.

En cuanto al material usado en la confección de las bases se usa material plástico, el cual sufre distorciones más fácilmente que una base de metal.

Las bases metálicas se hacen principalmente de dos metales: de cromo-cobalto y oro.

Los colados de cromo-cobalto ajustan igual que una base plástica bien curada, y tiene la ventaja de no sufrir cambios dimensionales después de su colado y tiene la desventaja de no poder ser rebasado como la base plástica. Aunque se ha visto que la base de metal no necesita el rebase tan frecuentemente como las bases de acrílico;

A el oro se le puede colar con mayor exactitud que cual-

*quier otro material dental y que conserva indefinidamente su exactitud si se lo trata adecuadamente en el laboratorio, pero tiene dos desventajas: que es más susceptible a despulirse y por su peso representa un problema en las prótesis superiores extensas, lo cual implica un costo también elevado.*

*Para una prótesis de precisión exitosa debe tener una adaptación original extremadamente exacta sobre una zona lo más amplia posible, de modo que no sea necesario un desplazamiento hacia los tejidos para lograr mayor contacto con las partes blandas.*

*El empleo de alio y de rampas fuertes no es muy recomendable pues casi siempre acentúan más los efectos indeseables como son reabsorción, continuo movimiento de balanceo de la dentadura, desencadenando cambios atróficos que disminuyen la adaptación de la base.*

#### *Los Ganchos.*

*Los ganchos como elementos destructores se debe a que no siguen algunos, los que consideramos principios básicos, -- otros fracasan porque unos ligeros cambios en la posición en la dentadura alteran los contactos críticos con el diente, de modo --*

que ya no funcionan como se los diseño y pueden ejercer presiones destructoras sobre los dientes pilares. Otros fracasan a causa de la fatiga del metal al cual hay que hacer ajustes, estos a su vez pueden dar por resultado que el gancho quede demasiado apretado y se convierta en una fuerza traumática para el pilar.

#### *Transmisión de Fuerzas al Pilar.*

Sin que importe cual es el diseño del gancho, si no sigue ciertos principios básicos, las fuerzas originadas por la dentadura parcial al ocluir serán transmitidas al diente pilar y se difundirán en direcciones tales que no pueden ser descritas precisamente causando la destrucción de la membrana periodontal y del hueso de sostén y finalmente la pérdida del diente.

Para el diseño de un gancho lo menos traumático posible se debe tomar en cuenta, que los dientes estan mejor preparados para soportar las fuerzas ejercidas a lo largo de su eje mayor, - solo en esa dirección se estimulan a todas las fibras parodontales para dar sostén al diente dandole resistencia contra las fuerzas que se le aplican al pilar.

Si las fuerzas aplicadas al diente dan por resultado fuerzas que no sean verticales a lo largo de los ejes mayores de los

*de los dientes pilares, la enfermedad paradontal será el resultado final.*

#### *Estabilizador como Elemento Destructor.*

*Sobre todo los dientes anteriores son destruidos por la prótesis parcial al colocar los estabilizadores sobre la cara lingual del diente, esto se debe a que el estabilizador tiende a resbalar por la pendiente lingual inclinada, empujando el diente hacia vestibular, creando una situación en que hay una dentadura que se encaja y un diente que se mueve hasta que finalmente se pierde.*

*Se puede evitar esta situación si se coloca una corona en el diente donde se coloca el estabilizador con un cingulo con un escalón en pendiente hacia el diente, así se provee al diente de un estabilizador lo más cercano posible al nivel del hueso y se protege al diente de la caries, el escalón lingual permite a el estabilizador se asiente bien en vez de deslizarse hacia lingual o palatino.*

*Esto también se podría evitar si se hiciese la prótesis con todos sus elementos bien acoplados a las superficies donde van asentados.*



*En los dientes posteriores presentan una superficie oclusal esencialmente en ángulo recto en relación a el eje mayor y - sobre esta superficie se puede establecer un apoyo oclusal adecuado, puede hacerle a el diente un nicho a donde vaya el apoyo oclusal.*

*Tanto el apoyo oclusal como el brazo retentivo deben ser absolutamente rígidos para que actúen en la forma deseada.*

*El brazo retentivo es el elemento restante del gancho y es potencialmente el elemento más destructor si no está bien diseñado o bien cuando la inclinación de la prótesis (en su base) hacia abajo junto con el apoyo oclusal a modo fulcro, da a la prótesis - un movimiento de brazo de palanca haciendo a el pilar hacia distal.*

#### **6. - Indicaciones al Paciente Para el Uso de su Prótesis.**

*Se debe de dar a entender al paciente que su prótesis reemplazará a sus dientes de una forma semejante a sus dientes naturales pero no exactamente igual a ellos.*

*Hay que indicarle que los tejidos de la boca cambian y que la prótesis va a requerir de un ajuste o rebase en tres o cuatro meses mínimo o en un tiempo de ocho a doce meses aproximadamente, después de este período los cambios son muy pocos.*

#### **Prótesis Totales.**

*Se le instruirá a acomodar su lengua sobre la dentadura para que ayude a estabilizarla, sobre todo cuando tenga muy alto el piso de boca.*

*Hay que recomendarle que mastique toda clase de alimentos para que se le haga más fácil dominar la dinámica de su prótesis.*

*Los siguientes alimentos son recomendados dos o tres semanas después de la colocación de la prótesis: huevos hervidos, remojados, plátanos, duraznos, manzanas, naranjas, sopas, arroz, verduras cocidas, ensaladas, pescado hervido, al horno,*



**leche y postres blandos.**

**Al principio va a sentir la sensación rara de tener cubierto el paladar y a su lengua la va a sentir muy grande pero que un tiempo razonable de usarlas se acostumbrará, a hablar, masticar y a mantenerlas en su lugar.**

**Se le debe de informar que se debe de cepillar y dar masaje en sus encías, paladar y lengua, para ayudar a su salud tisular.**

**Decirle también que limpiará su dentadura de la siguiente manera:**

**Con jabón de tocador y un cepillo dental, o uno especial, advertirle que no use abrasivos fuertes, pasta dental o cepillos muy duros y que el cepillado sea en forma moderada.**

**Cumido en su dentadura haya sarro, el paciente puede embeber un algodón con vinagre y pasarlo por la dentadura, en caso que no se le quiten los depósitos de sarro, se le dice que la sumerja en vinagre por quince a veinte minutos y que la lave después.**

**Bases resistentes o acondicionadores de tejido usar jabón**

*de tocador o con detergente para dentaduras, ya sean de acrílico o de porcelana.*

#### **Prótesis Removible.**

*Hay que indicarle al paciente que se coloque su prótesis - - de una manera uniforme con los dedos, no con los dientes mordiendo, pues se puede provocar desbalanceo en casos de aparatos - bilaterales o bien lastimar a los dientes pilares por una presión adicional.*

*Decirles que eviten que se les caiga pues se les puede romper, sobre todo de los ganchos.*

*Informarles que tienen que ir a revisión periódica para ver alguna reincidencia de caries en los dientes pilares y que si notan alguna molestia cuanto más pronto se les trate será más fácil el tratamiento y más rápida su curación.*

*En caso de que los ganchos queden muy apretados se les - debe de aflojar un poco, pues sino se le causa dolor a las piezas pilares.*

*Referente a su limpieza la puede hacer con jabón de tocador y un cepillo después de cada comida.*

**Se le debe advertir que de cualquier anomalía que tenga - su prótesis no debe de tratar de componerla él pues la puede de- formar.**

#### **Prótesis Fija.**

**Se le debe de indicar al paciente que no muerda cosas ex- tremadamente duras, pues se le pueden fracturar las piezas de - acrílico o porcelana.**

**Decirle que tenga un aseo escrupuloso de sus dientes y de su prótesis después de comer y que se de masaje digital a su en- cía que está en contacto con el aparato para estimularla. Decir- le que use hilo dental para limpiar los espacios interdenciales so- bre todo de los dientes pilares y que no use palillos pues causan la retracción de las papilas.**

**Hay que informarle que por el uso, el puente puede aflo- jarse o bien por un traumatismo, y el debe de ir a que se lo co- loquen bien, y de ninguna manera se lo debe dejar así, pues pue- de haber:**

**Hipersensibilidad de los dientes pilares así como reinci- dencia de caries, infiltración de saliva y alimentos y que hasta -**

*puede llegar a perderlo.*

*Después de ponerle su puente, se le indica que tiene que -  
tr en dos o tres semanas para revisar si hay alguna alteración -  
o no en los tejidos o si el aparato ha causado molestias.*

## 7.- Acondicionadores de Tejido.

*Silicón (silastic 390). El silicón es un hule sintético que después de muchos estudios fué escogido para ser usado como base blanda para las dentaduras ya que conserva su elasticidad por largo tiempo y es particularmente inerte a los fluidos bucales y tejidos de la boca.*

*Este material posee estabilidad dimencional, química, es inodora, no tiene sabor, es fácilmente manipulado, es fácil de limpiar, no absorbe agua u olores, se adhiere perfectamente a la base de cerilco de las dentaduras y no permite la formación de colonias bacterianas, es un material no tóxico y es generalmente compatible con los tejidos bucales. Durante largo tiempo mantiene sus propiedades iniciales bajo condiciones severas encontradas en la cavidad oral.*

*Durante el tratamiento el material actúa dando masaje fisiológico sobre la encía restituyendo la salud del tejido enfermo, que se encontraba afectado por alguna presión o lesión de un cuerpo extraño o por la base de la prótesis desajustada.*

*Indicaciones.-*

- 1.- Cuando hay lesión (úlceras, hiperplasia papilar inflamatoria) en la*



**mucosa.**

2. - *Para procesos óseos delgados con poco tejido resilente que los cubra.*
3. - *Para procesos que terminan en filo o tienen bordes afilados.*
4. - *Para procesos atrófiados ya sea por atrófia senil o por dentaduras anteriores que han causado marcadas resorción.*
5. - *Para procesos que han sido radiados o que existen enfermedades sistémicas como la diabetes, en la cual la mucosa no resiste perfectamente las presiones que provocan las dentaduras.*

**Contraindicaciones.**

*La única es en aquellos pacientes que presentan escasa secreción salival pues en esta condición de sequedad puede producir el material úlceras parecidas a quemaduras.*

## II. - ASPECTO PSICOLOGICO

*Se debe de observar la gran importancia que tiene el aspecto psicológico, tanto en los pacientes como de parte del odontólogo, porque muchos pacientes sienten verdaderas fobias al estar frente a nosotros por experiencias desagradables anteriores.*

*Se le debe de hablar siempre al paciente con la verdad y decirle que algunos tratamientos son molestos o desagradables -- pero nunca hay que mentirles, pues nos perdería la confianza.*

*A todos los pacientes cualquiera que sea su actitud frente a nosotros debemos motivarlos, así se podrá crear en el paciente interés en el tratamiento cualquiera que éste sea.*

*Encontraremos diferentes actitudes en los pacientes:*

*Indiferentes y pasivos. - Estos generalmente son personas descuidadas, que nunca se atendieron y que seguramente van al consultorio porque alguien los llevó y además al hacerle una prótesis no la usan.*

*Neuróticos. - Los debemos tratar lo más rápido posible.*

*no trabajar con ellos más de media hora en cada cita y ser más pacientes con ellos que con los otros pacientes, es muy difícil que a ésta persona le agraden sus prótesis o cualquier otro trabajo realizado pues siempre lo encontrarán muy inferiores a lo que ellos esperaban, aunque sea un trabajo bien elaborado y de buena calidad.*

*Receptivos. - Con estos pacientes no tenemos problemas - pues colaboran al tratamiento y siguen todas las indicaciones y recomendaciones que se le den.*

*Algunos sentimientos como la simpatía, el estado de ánimo, o ser quejumbroso, el ser desagradable así como la familiaridad o parentesco tanto en el paciente como en el odontólogo pueden alterar los resultados de nuestro tratamiento al punto que pueden ser todo un éxito o bien un fracaso.*

#### *1.- Significado de las prótesis para los pacientes.*

*Hay que tomar en cuenta lo que significan para algunos pacientes los dientes como es: la juventud, femineidad o virilidad y lo trágico que resulta la pérdida de éstos y lo que simbolizan.*

*En cambio para otros resulta algo sin importancia o bien les resulta angustioso o desagradable el tener que ponerse algún*

# TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

aparato, al grado que nunca se acostumbran a usarlo o tienen una colección de prótesis y sienten que ninguna les queda bien y a final de cuentas no usan ninguna.

## 2. - Relación Entre el Paciente y el Odontólogo.

*La hostilidad con que algunos pacientes ven al dentista es muy común y a su vez dificulta la comunicación adecuada entre ambos.*

*Además el temor y la ansiedad también interceptan esta comunicación, a lo que se agrega la dificultad de un lenguaje común pues muchos profesionales cometen el error de usar palabras especializadas para dar las instrucciones a los pacientes, o al explicarles el tratamiento y por lo tanto no nos entienden nada.*

*Hay que hablar considerando que el paciente va a entender lo que le decimos, hay que preguntarle si nos está entendiendo y repetirle quizás más de una vez las recomendaciones.*

*Hay pacientes que la angustia, la hostilidad y la dificultad de comprensión en general son tan grandes que a pesar de lo que hagamos jamás podremos tener una comunicación adecuada, pero hay una pequeña posibilidad de éxito en la comunicación si seguimos las siguientes reglas:*

1. - *Aliviar el temor y la angustia.*
2. - *Comunicarse con términos sencillos y comunes.*
3. - *Hacerle conocer al paciente por lo menos algunos aspectos positivos de su estado físico al presentarle el cuadro de su enfermedad.*

*El profesional inteligente es aquel que toma todas las medidas para obtener un grado de conexión con sus pacientes en un ambiente que concientemente tienda a reforzar la confianza y aliviar la angustia.*

*En todos los casos si se trata de un individuo simpático o antipático influirá sobre nuestro juicio y tratamiento.*



### III. -RELACION DE LAS PROTESIS Y EL TEJIDO

#### BUCAL

##### 1. - Reacción de la Encía.

*Las incrustaciones, coronas artificiales, ganchos, estabilizadores y bases protésicas, pueden causar irritaciones a la encía siendo casi inevitable por estar en contacto directamente con ellos.*

*Es necesario para evitar las lesiones a la encía el ajuste exacto del trabajo protésico al muñon del diente, además de hacerle una buena terea de contacto y el espacio interdental para que pueda alojarse la papila interdentalia.*

*También existe la posibilidad de que se depositen sobre las obturaciones o prótesis materia alba y sarro lo cual permite la acumulación de las bacterias que pueden penetrar a la encía y causar irritaciones que con el tiempo llevan a la formación de las bolsas paradontales o su profundización, que favorece la acumulación y penetración de microorganismo en la encía.*

## **2.- Reacción de la Mucosa Palatina.**

*Pueden aparecer lesiones en la mucosa palatina debido a la influencia mecánica o por la naturaleza del material empleado en la elaboración de la prótesis o bien por el uso de succiones de goma.*

*La acción de cubrir la mucosa del paladar y de la cresta alveolar con una plancha protésica significa para el tejido la exposición de una acción mecánica no fisiológica, pues los efectos de presión, tracción y de empuje sobre la mucosa le producen irritaciones.*

*Cuando las irritaciones son leves puede existir un acoplamiento por parte de la mucosa, pero cuando estas son de mayor intensidad causan alteraciones con reacciones inflamatorias crónicas.*

*Las prótesis inmediatas también lesionan debido a el ajuste defectuoso, pues se produce localmente tracción y presión que con el tiempo pueden presentarse trastornos en la articulación temporomandibular.*

### **3. - Reacción de los Tejidos de la Cresta Alveolar.**

*La cresta alveolar no está dotada para soportar la carga y la presión de una prótesis dental por lo que puede presentar - dos tipos de reacciones; la primera es favorable o sea que hay procesos de adaptación y la segunda que existen procesos inflamatorios, que pueden desencadenar atrofia ósea, que ocasiona - la disminución de la capacidad de soporte de la cresta alveolar.*

### **4. - Trastornos en la Secreción Salival.**

*Es un trastorno a distancia tanto por aumento como por la disminución del volumen salival.*

*El caucho produce más bien aumento en la secreción pero algunas veces se puede ver una disminución.*

*Con los materiales sintéticos como el acrílico se presenta disminución hasta sequedad de boca, que puede llegar a producir molestias, amadas a sentir sed, ardor de la mucosa y lengua, con sensación de ahogo en la faringe.*

##### **5. - Reacción de la Pulpa.**

**No es el colocar la corona en si o rebajar el esmalte lo que puede producir la lesión pulpar, sino que es la producción de calor en el momento del tallado de la pieza la que produce la lesión.**

**La primera reacción que ocurre es la hiperemia de los vasos, las siguientes reacciones son la inflamación serosa y edema, en donde hay una sustitución del tejido pulpar por tejido conjuntivo (flegmasia).**

**En la descomposición de los hematies, respectivamente de la hemoglobina, se desprende hierro que como la oxidación gris del diente por una combinación de este con el azufre que proviene de las albininas formando el sulfuro de hierro.**

**El tallado debe hacerse con piedras muy cortantes sin hacer presión sobre el diente, intercalando pausas y rociando al diente con agua para enfriarlo.**

**Después de los 50°C sobreviene la muerte pulpar, cuando se tenga el diente ya preparado hay que protegerlo con una fin da provisional y oxido de zinc y eugenol.**



## **6. - Efectos en el Tejido Dentario.**

*Los tejidos duros del diente, esmalte y dentina pueden - llegar en muchas ocasiones a reaccionar desfavorablemente y se debe principalmente al mal ajuste, materiales deficientes amado todo esto a una mala higiene bucal.*

*En el caso de ser prótesis renovible, los retenedores -- pueden estar demasiado apretados y en la acción de quitar y poner causan un desgaste progresivo en los tejidos duros del diente pilar.*

*Esto se soluciona aflojando un poco los ganchos, si el desgaste llega a ser muy extenso posteriormente el diente estará - hipersensible, si no se atiende a tiempo, la caries terminará por destruir la dentina expuesta y en casos muy avanzados el diente se llega a perder.*

*También se puede dar el caso de caries proximal del diente pilar y del contiguo por una mala higiene dental.*

*En caso de una prótesis fija, si no hay suficiente ajuste entre el retenedor y el diente pilar, a largo plazo la filtración - de saliva y alimentos entre las fisuras causará hipersensibilidad*



*al diente y habrá reincidencia de caries.*

*Todo esto depende del grado de mineralización de los tejidos duros y principalmente de la higiene bucal del paciente.*

### **7. - Reacción de los tejidos por Influencias Traumáticas.**

*Los aparatos protésicos dentales pueden desarrollar alteraciones patógenas, aunque está demostrado que con los métodos actuales empleados, basados en los conocimientos teóricos, es posible construir un aparato cuyo contacto con los tejidos de la boca y su función en general sean favorables y útiles.*

### **8 - Influencia Mecánica de las Prótesis.**

*En la boca una presión excesiva, el frotamiento y el roce producen en la mucosa (inflamación aguda, crónica, úlceras protésicas). Como consecuencias se presentan hipertrofias (cresta maxilar móvil) así como una atrofia ósea irreparable, también hay el peligro de reacciones malignas de distintos grados e intensidades.*

*Hay que evitar el uso de las cámaras de succión en los aparatos protésicos pues son considerados como factores patógenos aunque no en todos los casos.*

*Son las influencias mecánico funcionales e infecciosas las causantes de la atrofia ósea debajo de los aparatos protésicos que actúan con una carga inadecuada sobre los tejidos y no permiten*

*un acoplamiento funcional tanto por parte de la mucosa como por el hueso.*

*Las reacciones de los tejidos a la influencia no fisiológica que ejercen los aparatos prótesis se relaciona con la constitución tisular individual de cada sujeto.*

#### **IV. - ALTERACIONES LOCALES QUE CAUSAN LAS PROTESIS**

##### **1. - Irritaciones Locales.**

###### **a) . - Fibroma por irritación.**

*Es una lesión que tiene su origen en las capas profundas de la submucosa o periostio de maxilar, la consideran algunos como una alteración neoplásica benigna.*

*Etiología. - Se relaciona con las irritaciones crónicas.*

*Clinicamente se puede presentar en cualquier parte de la boca y en los labios en diversas formas con más frecuencia la encontramos en la lengua y en la mucosa de los carrillos, su consistencia de algunos, es dura debido a la gran cantidad de tejido fibroso y la de otros es blanda debido a su gran vascularización.*

*Su tamaño varía entre unos milímetros hasta más de un centímetro de diámetro, se pueden encontrar fijos, ya sea por una base amplia o por un pedículo delgado y angosto. Su color varía de azul rojizo a rosa dependiendo de su queratinización y*

*vascularización aunque casi siempre tiene el mismo color que la mucosa adyacente. En casos de infección secundaria se presenta dolor y hemorragia, normalmente no se presenta.*

*Tratamiento. - Es hacer la extirpación quirúrgica, incluyendo -- una porción de tejido sano.*



*Fig. N° 1. - Fibroma por irritación en encía. También invade la papila interdental.*





*Fig. N<sup>o</sup> 2. - Fibroma en encía es más pequeño que el anterior*



*Fig. N<sup>o</sup> 3. - Fibroma de gran extensión paladar, encía y proceso alveolar.*

**B. - Epulis Fisuratum.**

*Es una lesión que se presenta como una reacción de la encía de las crestas alveolares en pacientes que usan prótesis total.*

*Etiología. - Se presenta por irritación que produce el borde de la dentadura completa, que se inicia cuando habiendo reabsorción del hueso de la cresta, le permite a la dentadura que se asiente más abajo.*

*Clinicamente se ve con más frecuencia en el surco labial y bucal, pero también observarse en el paladar. Hay inflamación y formación de un exceso de masa suelta de tejido conjuntivo fibroso. En ocasiones se presentan, ulceraciones en la base en el fondo de saco y es producida por un borde de la dentadura de bordes cortantes, cuando esto sucede es dolorosa y sangra fácilmente. Se puede presentar en el paladar en áreas donde se ha hecho un alivio.*

*Tratamiento. - Eliminación del agente causal, si es una lesión incipiente desaparece, cuando esta avanzada hay que hacer la extirpación quirúrgica y suturar el defecto en cuanto se puede hacer una prótesis correcta.*



*Fig. N<sup>o</sup> 4. - Epulis fissuratum extenso*



*Fig. N<sup>o</sup> 5. - Epulis fissuratum incipiente*

## **2. - Inflamación Bucal (Estomatitis Protésica)**

*Se le llama así a una lesión que aparece en pacientes que usan prótesis total, generalmente cuando esta es nueva y en pacientes además con mala higiene bucal.*

*Etiología. - Algunos casos se originan debido a infecciones de candida albicans y mala higiene.*

*Clinicamente la mucosa adyacente a la dentadura se encuentra muy roja, hinchada, lisa o granulada, es dolorosa y es común la sensibilidad ardorosa, con frecuencia se observan focos puntiformes de hiperemia.*

*Tratamiento. - Es la colocación de nuevas prótesis, ajuste o rebase en su defecto, controlar la infección y un cuidado higiénico estricto dan muy buen resultado.*

### **3.- Hiperplasia Papilar Inflamatoria.**

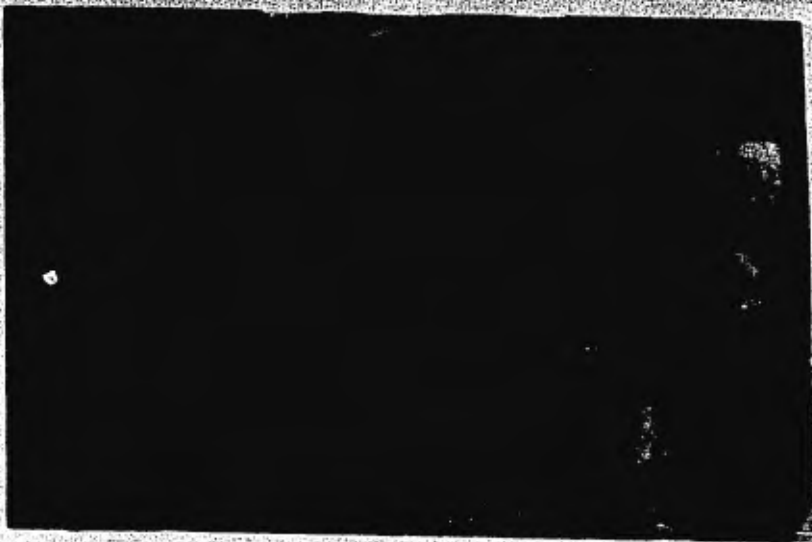
Se le llama también *papilomatosis palatina*, es una lesión rara que afecta a la mucosa palatina.

**Etiología.** - Es desconocida pero se ha visto en los pacientes que usan prótesis mal adaptadas que permiten la irritación por fricción y además con deficiente higiene bucal. Se cree que existen factores predisponentes en las personas que la presentan.

**Clinicamente.** - Se ven proyecciones papilares edematosas ~~discretas~~ ~~mayor~~ ~~cerca~~ ~~de~~ ~~otras~~ que abarcan casi la totalidad del paladar duro y le dan un aspecto verrugoso. A veces se presentan hasta la mucosa alveolar inferior, ocasionalmente hay inflamación pero rara vez ulceración.

**Tratamiento.** - Se usa acondicionador de tejido para rebasar la prótesis, ajuste de la prótesis o hacer una nueva.





*Fig. N<sup>o</sup> 6. - Hiperplasia papilar inflamatoria.*

#### 4. - Granuloma Piógeno.

*Es una lesión o infección que nace como resultado de un traumatismo pequeño de los tejidos, lo cual proporciona la entrada a la invasión de microorganismos inespecíficos.*

*Clínicamente es una lesión de masa elevada, sésil o pediculada con la superficie lobulada hasta verrugosa que por lo común está ulcerada y tiene tendencia a la hemorragia espontánea o por un traumatismo leve a veces hay exudado y en la superficie del granuloma, principalmente en la zona de ulceración abundan los coágulos típicos de microorganismos saprófitos, su color es de un rojo violáceo o rojo intenso según la vascularización, la lesión puede crecer hasta alcanzar un tamaño definitivo entre unos cuantos milímetros a un centímetro de diámetro.*

*Una lesión antigua puede semejarse a un pólipo o a un fibroma.*

*Tratamiento. - Es la extirpación quirúrgica y la eliminación del factor irritativo.*

### **5. - Candida Albicans (candidiasis)**

*Es también llamada moniliasis, munguet, es una infección fúngica más frecuente en la boca.*

*Etiología. - Es producida por un hongo llamado candida albicans, en pacientes con mala higiene bucal, en casos de pacientes que sufren desnutrición o hipovitaminosis, anemia crónica, leucemia, pénfigo y en casos en que hubo uso de antibióticos previamente, se presenta generalmente en niños y ancianos. El alcoholismo y la diabetes no tratada pueden ser factores predisponentes.*

*En pacientes que usan prótesis mal ajustadas y amada a un agente etiológico anterior es común ver esta infección.*

*Clínicamente, la candidiasis se puede presentar en varias formas, en los casos más comunes se presentan lesiones elevadas de color grisáceo o blancogrisáceo en la mucosa bucal, en áreas papulosas o parecidas a placas, varían en cuanto a tamaño, forma y frecuencia, distribución pues hay lesiones que se parecen a la leche cuajada de consistencia ligeramente blanda - que están debidamente adheridas en los tejidos y se desprenden fácilmente con una torunda de algodón, los tejidos bajo la lesión*

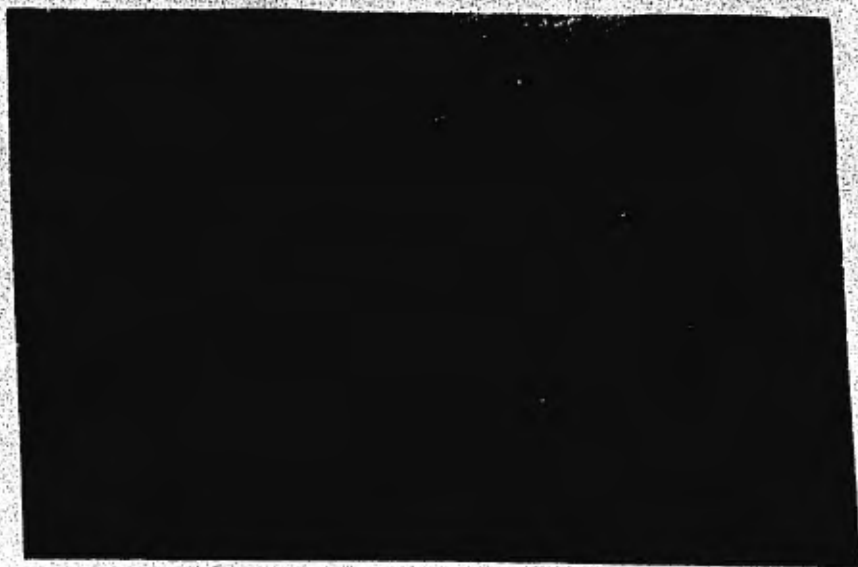
tienen generalmente aspecto normal pero a veces se observan puntitos hemorrágicos. Esta lesión se parece a las lesiones hiperqueratósicas.

Otras veces se presentan las lesiones como zonas inflamatorias desprovistas de placas de tejido necrótico, se presenta de manera difusa, intensamente roja, brillante y viscosa y un poco tumefacta, la lesión puede presentarse en la mucosa de los carrillos, paladar encías o lengua, este tipo de lesión se puede confundir a lesiones que se producen por alergia, mala nutrición o hipovitaminosis.

En los dos tipos de moniliasis puede haber ardor malestar y sequedad de boca acompañados de dolor moderado.

Por la semejanza a otras lesiones para identificar exactamente a la moniliasis es mejor hacer un análisis de la lesión.

**Tratamiento.** - Eliminar, corregir o tratar a los factores etiológicos locales o generales que se hayan determinado como los responsables, medicar antifúngicas local o sistémicamente.



*Fig. N<sup>o</sup> 7. - Moniliasis zona del paladar  
totalmente cubierta.*



## **6. - Úlcera Protésica.**

*Es una lesión que se produce por irritación en los tejidos, al colocar una prótesis con bordes filosos, ásperos o con sobreextensión, es del mismo tipo que la que se produce en otros -- traumatismos físicos.*

*Clinicamente suele aparecer a partir de uno o dos días después de la colocación de una prótesis nueva con sobreextensión en los flancos, o bien cuando hay presencia de espículas o sequestrados de hueso por debajo de la base de la prótesis o una parte alta en la superficie interna de la base de la prótesis.*

*Estas ulceraciones son pequeñas, dolorosas y de forma -- irregular, cubiertas por una delicada membrana necrótica gris redondeada por un halo inflamatorio.*

*Tratamiento. - Eliminar el agente irritativos, corrección de la prótesis, eliminación de espículas, aliviar las zonas altas, asperezas, la sobreextensión de las prótesis, con ello la úlcera suele cicatrizar con rapidez, se pueden colocar medicamentos localmente para aliviar y proteger, como pomadas (ginilone) y antisépticos.*

## **7. - Cresta Maxilar Móvil**

*Es denominada así a una hiperplasia inflamatoria del tejido conjuntivo de la cresta alveolar.*

*Etiología. - Es causada con bastante frecuencia por aparatos protésicos mal acoplados.*

*Generalmente se ve en casos en que faltan todos los dientes superiores y están presentes los dientes anteriores inferiores, cuando solo se construye la prótesis superior y el exceso de la presión en los dientes inferiores sobre la cresta alveolar superior ocasiona una cresta maxilar móvil con atrofia ósea.*

*Esto se podría prevenir con la colocación de los dos aparatos en los dos maxilares, estableciendo condiciones articulatorias y de oclusión completamente armónicas a fin de conseguir una distribución de la presión más uniforme sobre los maxilares y hay que efectuar un exámen de tiempo en tiempo para -- ver si ha habido un desequilibrio y aparezca un hundimiento de las sillas de la prótesis inferior aunque solo en forma leve. - Esto se puede corregir mediante el rebase de las sillas protésicas inferiores.*

*También se ha visto que con la independencia y movilidad de las sillas se producen con mucha facilidad desequilibrios articulatorios entre los dientes remanentes, los dientes montados en la silla y los dientes de la prótesis superior con la consecuencia de sobrecarga en el maxilar superior seguida de una cresta alveolar móvil en la zona de los dientes remanentes inferiores así como el engrosamiento de la mucosa y una atrofia prematura del hueso debajo de las sillas de la prótesis inferior.*

*Los dientes colocados a tope sobre la encía, así como toda presión desfavorable ejercida sobre ella puede ocasionar la formación de una cresta alveolar móvil. También se produce una irritación tisular ocasionada por la presión ejercida por los bordes de los aparatos, llegando a constituir un estado de inflamación crónica de la mucosa correspondiente a la cresta alveolar seguida de una atrofia de hueso.*

*Esta lesión se observa en la región de los incisivos superiores mientras que en el maxilar inferior son relativamente raras, quizás se deba al distinto tipo de asiento en las prótesis superiores e inferiores.*

**Tratamiento.** - Para la elaboración de una prótesis en un paciente con cresta maxilar móvil, está indicado siempre que sea posible, la eliminación quirúrgica, a demás de poder hacer una base resistente para la prótesis. Porque aún con el mejor método de impresión y con la articulación más minuciosamente estudiada, no será posible colocar un aparato protésico de perfecto funcionamiento en presencia de una cresta maxilar móvil.

En el caso de un paciente con una cresta maxilar móvil, el tratamiento quirúrgico debe ser el más adecuado para proporcionar una base resistente para la prótesis.

El tratamiento quirúrgico de una cresta maxilar móvil debe ser el más adecuado para proporcionar una base resistente para la prótesis.

El tratamiento quirúrgico de una cresta maxilar móvil debe ser el más adecuado para proporcionar una base resistente para la prótesis.

El tratamiento quirúrgico de una cresta maxilar móvil debe ser el más adecuado para proporcionar una base resistente para la prótesis.



### **8. - Movimiento fisiológico y patológico de los dientes.**

Es importante y difícil distinguir entre movimiento fisiológico y el patológico de los dientes en el etapa incipiente juzgando solo por la intensidad del movimiento, porque puede variar mucho en los parodontos clínicamente sanos.

Se sabe que los dientes presentan el parodonto clínicamente sano pero como pueden estar fuertemente implantado y son inmóviles al examinarlos, pueden también ser movidos en mayor o menor grado.

La movilidad de los dientes consiste o depende de las reacciones tisulares parodontales provocadas por la carga funcional por eso la movilidad puede permanecer inalterable, ser reducida o crecer al aumentar la carga tisular.

Sufre una reducción cuando el parodonto sufre un cambio hipertrofico por actividad en forma de producción de fibras y de a posición de cemento y hueso.

Con esto se compensa el incremento de la actividad funcional y el periodonto conserva su anchura o la pierde, la movilidad de los dientes aumenta, al provocar la carga funcional, un ensanchamiento de las fibras periodontales y su transformación.



*Los efectos a la acción de carga funcional sobre determinados sectores del parodonto, son más intensos cuando actúan en sentido transversal, en estas zonas aumenta con mayor facilidad la movilidad que cuando soporta una carga axial, hasta sobrepasar los límites fisiológicos, provocando así el ensanchamiento del periodonto.*

*Cuando esta fuerza transversal aumenta, hay aumento también de la movilidad vestibulo lingual.*

*Aunque esta actividad puede ser compensada por una hipertrofia que eleva la resistencia del periodonto impidiendo las reacciones tisulares patológicas y el ensanchamiento del periodonto.*

*Se registrará la movilidad de los dientes cuando sea necesario establecer las condiciones funcionales del periodonto -- por métodos clínicos sencillos ayudando también para ello, con la percusión, porque con ambas es posible observar si en el parodonto existen alteraciones patológicas que pueden constituir la base para el diagnóstico de la movilidad patológica.*

*Las causas de movilidad del diente depende de la longitud y forma de la raíz y corona clínicas, la altura del hueso --*

alveolar y el ancho del ligamento periodontal, así también al estado biológico de los tejidos de soporte.

Los dientes tienden a aflojarse durante la inflamación -- aguda, como en casos de una infección o después de una cirugía.

Los dientes suelen aflojarse durante el embarazo, la diabetes e insuficiencia vitamínicas, deficiencia nutricional grave.

Se debe observar que cuando sufren fuerzas que superponen su influencia a todos los factores locales y sistémicos presentes, hay producción de movilidad por que se afectan especialmente los límites fisiológicos del diente o de varios dientes.

Hábitos, aparatos protésicos, procedimientos dentales -- traumáticos, pueden dar origen a esas fuerzas nocivas.

Durante la masticación, bruxismo y el apretamiento -- mandibular se produce una sobrecarga sobre los tejidos parapi-  
cales.

La movilidad varía en individuos y entre dientes de la misma arcada, es mayor en personas jóvenes, niños y se ve disminuida cuando termina la erupción dentaria activa. Los dientes -

*anteriores se mueven más que los dientes posteriores, y se dice que existe más movilidad en la mañana que por la noche.*

*Si el diente se afloja por un golpe este se recuperará en unas semanas.*

*Las drogas que alteran la presión arterial alteran la movilidad dental.*

*Tratamiento. - Dependiendo de la causa que la origine se hará el tratamiento, para disminuir la movilidad.*

*Cuando son por infección o después de una cirugía, se tratará primeramente estas.*

*En enfermedades sistémicas se tratarán primero y en casos de que los dientes tengan sobrecarga funcional se les quitará de la oclusión, y se buscará el motivo de esa sobrecarga y se eliminará.*

*Se recomendará al paciente buena higiene y masaje digital en sus encías.*

*En caso de que la movilidad se halle aumada a la presencia de bolsas parodontales o algún padecimiento parodontal se tratará primero.*

*En algunos casos hay que colocar aparatos para ferulizar  
a los dientes.*



**A. - Pruebas de movilidad.**

Se utilizan pruebas táctiles y de presión, las primeras -- permiten apreciar la movilidad con la carga masticatoria normal de los dientes y no solo con la fuerza transversal.

La fuerza táctil vestibular se utiliza para estudiar la desviación de los dientes superiores en los alveólos. Se efectúa dejando hacer al paciente movimientos articulatorios, mientras que con uno o varios dedos (del paciente o del operador) descansan ligeramente sobre la superficie vestibular de los dientes lo más cerca posible del borde incisal o de la superficie occlusal.

La movilidad de la región incisiva puede estudiarse con el índice de la mano derecha o también se puede pasar sobre cada diente la yema del dedo.

En los segmentos laterales se utilizan el índice de la mano derecha y el pulgar de tal forma que los dientes de ambos arcos maxilares pueden ser estudiados simultáneamente, una movilidad vestibulo lingual muy ligera, que no es visible puede ser palpada de esta manera.

Es importante que la presión de las arcadas dentarias, -



al efectuarse los movimientos articulatorios no sea excesivamente fuerte, porque una carga funcional actúa en sentido axial y -- empuja a los dientes hacia el interior de los alveolos de modo -- que el periodonto se estrecha y se reduce la movilidad vestibulo lingual.

La prueba de presión se realiza tanto en el maxilar superior como en el inferior.

En el superior se hace presionando el diente que se desea explorar durante quince o treinta segundos en sentido lingual, -- en tanto se mantiene abierta la boca.

En el inferior se empuja el diente en la misma forma con los dedos con un instrumento en sentido vestibular. Cuando al diente que se ha aplicado la fuerza vestibular o lingual posee movilidad aumentada el paciente percibe al diente que alcanza en contacto con su antagonista antes que los dientes vecinos, al ocluir, o si inmediatamente después de cesar la presión efectúa movimientos articulatorios.

Esta reacción se da porque el diente fue desplazado ligeramente en su alveolo a consecuencia de la presión, y esto no se presenta si el diente se haya clínicamente fijo.

Si el periodonto del diente tiene trastornos circulatorios también sucede que la presión vestibular o lingual produce dolores paradentales o es causa de que estos surjan si el paciente efectúa movimientos articulatorios una vez terminada la presión.

El resultado de esta prueba, puede ser explicado por el hecho que los dientes flojos sometidos a una presión transversal intensa que persiste durante algún tiempo son desplazados ligeramente de sus alveolos y permanecen en esa posición, ya que no retroceden inmediatamente a su punto de partida.

Otro sistema clínico de la movilidad vestibulo lingual aumentada consiste en que la encía vestibular se presenta ligeramente anémica, cuando los dientes son sometidos a una presión en este sentido, este síntoma se ve hasta que la movilidad se ha hecho acentuada.

El grado de movilidad se indican por medio de escalas:

Una es del 1 al 5 para el movimiento vestibulo lingual: 1 para ligero movimiento y 5 para un diente completamente móvil.

Otros usan una escala de el 1 al 3 y se determinan según su criterio: dándole al 3 grado de movilidad de pronóstico malo.

Hay otra clasificación de movilidad:

Movilidad perceptible: aflojamiento de primer grado - - (0.75 mm.).

De segundo grado (1.5 mm.) y de tercer grado (2.5 mm.).

Se han ideado aparatos mecánicos y electrónicos para medir cuantitativamente la movilidad dentaria.

Los aparatos mecánicos o de conductividad eléctrica de precisión se llama transductor o tensómetro el cual mide y registra el movimiento dentario.

El cual consiste en aplicar una carga conocida sobre la superficie del diente y se mide.

Los dientes sanos indican que a la aplicación de pequeñas cargas al diente produce un considerable desplazamiento inicial. Cuando se van aumentando las cargas, se sigue produciendo desplazamiento, pero en menor grado.

*La amplitud del movimiento puede variar de 0.2 milímetros en sentido horizontal y de 0.2 milímetros en sentido vertical, cuando hay movilidad patológica el movimiento es mayor en proporción de 10 veces más.*

*La prueba de la percusión se usa para ver si existen alteraciones patológicas en los dientes (en su periodonto) al observar si hay reacción dolorosa provocada por la percusión.*

*Cuando hay una exacerbación de las parodontitis crónicas apicales se presentan dolores en primer lugar al percutir en la zona vestibular perpendicular al eje axial del diente (percusión transversal), mientras que el dolor a la percusión longitudinal (percusión axial) se presentaba más tarde, cuando el proceso inflamatorio apical se había extendido más.*

*En este momento el diente duele con la masticación porque se haya sometido a una actividad funcional más intensa y el diente se haya en extrusión y comienza a moverse más que antes por aumentar, debido a la extrusión el ancho del periodonto.*



## 9. - Alteraciones del Parodonto.

### a). - Generalidades.

El parodonto es la unidad biológica formada por cuatro --  
elementos fundamentales:

*Encía, con adherencia epitelial*

*Ligamento parodontal*

*Cemento*

*Hueso alveolar*

Estos elementos funcionan como un todo, y cuando se alje --  
ra alguno de estos, los demás sufren trastornos inmediatos o --  
mediatos.

*Encía.* - Es la parte de la mucosa bucal que cubre a los --  
procesos alveolares y rodea al cuello de los dientes. Su color --  
normalmente es rosa pálido y tiene consistencia suave.

*Adherencia epitelial.* - También llamada inserción epite --  
li al es la unión íntima de la encía con el tejido dentario a nivel --  
del cuello anatómico de la pieza.



**Ligamento parodontal (membrana).** Es el elemento que une firmemente el cemento dentario del diente al proceso alveolar.

**Cemento.** - Es la sustancia que se encuentra en toda la superficie de la raíz anatómica del diente. Su color es amarillo, un poco más obscuro que la dentina.

Las principales causas de la enfermedad parodontal son - los factores locales, generales y psicosomáticos.

**I. - Factores locales**

**a) - Del medio bucal**

1. - Sarro
2. - Materia alba
3. - Empaquetamiento alimenticio  
(bromatostasis)

**b) - Factores que se refieren a los tejidos duros (diente)**

1. - Caries
2. - Anomalías de forma y posición
3. - Anoclusión, oclusión traumática

**c). - Factores relacionado a lo malo.**

- 1. - Mala odontología**
- 2. - Cepillado incorrecto**
- 3. - Malos hábitos**
- 4. - Ocupación (zapateros , sopladores de vidrio , etc.).**

**II. - Factores generales**

**a). - Insuficiencias vitamínicas complejo**

**B. vitaminas A, C y D.**

**b). - Trastornos hormonales como hiperparatiroidismo, embarazo, menstruación, pubertad, menopausia, y diabetes.**

**c). - Alergias fármacos, mercurio, bismuto y dilantin sódico.**

**d). - Discrasias sanguíneas, anemia, leucemia, agranulocitosis, discrasias.**

**b). - Gingivitis.**

*Es la inflamación de la encía, con cambios de coloración, margen gingival alterado, gingivorragia, se pueden encontrar bolsas gingivales, la inserción epitelial no ha emigrado hacia apical y no existe movilidad dentaria.*

*La inflamación puede ser aguda o crónica y puede haber ulceración, necrosis, pseudomembranas y a veces exudado purulento.*

*La lesión puede encontrarse localizada a un grupo de dientes o bien estar generalizada a toda la boca.*

*Para hacer el estudio debe tenerse presente las características de la encía normal para así hacer una valoración de la extensión de la reacción inflamatoria, la distribución de las lesiones y el estado de la inflamación.*

*La inflamación aguda presentará una encía rojo brillante, que suele estar ulcerada, hemorrágica y es dolorosa.*

*La inflamación crónica suele presentarse asociada a agrandamiento de tejido. La encía es de color magenta o puede ser más fibrosa, no tan hemorrágica y es indolora.*

*La etiología de la gingivitis es debida a factores locales -- (mala higiene, aposición dentaria e impactación de alimentos etc.) y factores generales (embarazo, desnutrición, trastornos endocrinos) que agravan o modifican bastante la reacción inflamatoria existente.*

*La gingivitis también puede presentarse por un traumatismo, en respiradores bucales, que aunque se trate de gingivitis, - sino se corrigen también estas causas, la enfermedad no cede.*

*El tratamiento es la eliminación del factor causal, buena higiene bucal, cuidado gingival, enjuagues bucales antisépticos, en algunos casos (depende del tipo de gingivitis y etiología) se -- usan los antibióticos.*



**c). - Bolsa parodontal.**

*Se le llama bolsa parodontal a la migración de la adherencia epitelial o gingival hacia apical, ya sea por un traumatismo, irritantes locales o bien como complicación o efecto de una enfermedad (periodontitis).*

*En la gingivitis, el aumento de la profundidad puede ser causa de el agrandamiento coronario del margen gingival o consecuencia de edema o de hiperplasia fibrosa inflamatoria (bolsas falsas).*

*La bolsa parodontal se halla limitada, por un lado por la superficie del diente y por otro por la encía, en el fondo se halla la adherencia epitelial antes o después de la cresta alveolar, y según esto se dividen en supraósea o infraósea.*

*La destrucción progresiva del hueso alveolar puede ocurrir en forma vertical o en forma horizontal.*

*Patogenia de la bolsa. Cuando las células epiteliales son dañadas o destruidas, se profundiza la bolsa, dentro de ella se hacen depósitos, bacterias tóxicas y otros irritantes, todos ellos -- provocan una respuesta inflamatoria.*



*Los irritantes llevan a la inflamación, emigración de leucocitos y exudado en la bolsa.*

*Todo esto genera un círculo vicioso que lleva a mayor irritación, mayor lesión en las células de los bordes de la bolsa y está se profundiza más.*

*La profundidad de la bolsa se estudia con el parodontómetro o explorador de bolsas que viene graduado (en la porción operatoria) en milímetros.*

*Las bolsas se tratan con la eliminación del agente causal, buena higiene y el raspaje radicular si es necesario.*

**d). - Periodontitis**

*Es la enfermedad inflamatoria de la encía y los tejidos más profundos del periodonto. Se considera como consecuencia de una gingivitis no tratada, que avanza y ha sido descuidada.*

*Etiología. - Es debida principalmente a factores irritativos locales y se puede hallar complicada con enfermedades sistémicas como: deficiencias de nutrición, trastornos endocrinos, diabetes, tuberculosis, traumatismo periodontal etc.*

*Clinicamente hay dos signos importantes: la presencia de bolsas parodontales con pus, y resaca de la encía alcerar.*

*La encía es laxa y blanda, hay edema, gingivorragia, encía brillante, pérdida de puntilleo con la encía de color obscuro o azulada, y las papilas interdenciales romas.*

*En casos de bolsas parodontales muy profundas, se forma un absceso en los tejidos de soporte más profundos que se origina por no haber drenaje desde una bolsa profunda tortuosa o una -- furcación.*

*En el hueso hay también reacción inflamatoria, que con el aumento de presión, el edema, la irritación euzimática causan -- reabsorción ósea.*

*En el hueso los osteocitos se hayan alterados, avanzando - hasta ellos la inflamación provocando una osteitis localizada, en algunos casos raros evoluciona a una osteomielitis localizada, -- con formación de secuestros.*

*El pronóstico y el tratamiento se aplican tomando en cuenta lo avanzado de la enfermedad, las complicaciones con otras enfermedades, la movilidad, la altura de la cresta alveolar, de las enfermedades sistémicas que sufre el paciente, y de la cooperación del paciente para llevar a cabo el tratamiento.*

*Tratamiento .- Eliminación de factor o factores etiológicos, higiene bucal estricta, eliminación de bolsas parodontales, eliminación de la inflamación, de las enfermedades sistémicas, raspaje radicular, ferulización, ajuste oclusal, según lo que se requiera en cada caso.*

#### **10. - Rugosidades del paladar.**

*Se pueden presentar por algún traumatismo en el paladar, como el producido por irritación mecánica de una prótesis mal -- ajustada o con bordes en su cara interna o por irritación térmica.*

*Clínicamente las rugosidades del paladar se hacen salientes en la mucosa adyacente y aún cuando suelen ser de un mismo color a la mucosa normal, en ocasiones son más palidas porque presentan hiperqueratinización, son en ocasiones dolorosas, tienen surcos y a veces se ulceran en el fondo de las fisuras que forman las rugosidades.*

*Tratamiento. - No lo hay específico, solo hay que eliminar el factor irritante y sana por si sola.*



## V. ALTERACIONES DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

### 1. - Componentes de la articulación temporomandibular.

*Superficies articulares. Las forman por un lado los cóndilos del maxilar inferior: son dos eminencias ovoideas unidas al resto del cuerpo por una porción estrecha llamada cuello del cóndilo, que es redondeado por su parte posterior y rugoso por su parte anterior interna.*

*Por otro lado, están el cóndilo del temporal y la cavidad glenoidea.*

*El cóndilo del temporal esta constituido por la raíz transversa de la apófisis cigomática, la cavidad glenoidea esta situada detrás del cóndilo y es una depresión profunda que se limita por la parte anterior por el cóndilo y por la parte posterior por la cresta petrosa. La cavidad glenoidea se divide en dos, la parte anterior es articular, se haya recubierta por tejido fibroso y la parte posterior extraarticular carece de revestimiento, forma la pared anterior del conducto auditivo externo.*



*Entre la superficie articular del temporal y el cóndilo se encuentra el menisco articular o disco interarticular, éste tiene forma elíptica y dos caras; su cara anterosuperior es cóncava y se relaciona con el cóndilo del temporal, en su parte posterior es convexo y corresponde a la cavidad glenoidea.*

*La cara posteroinferior, cóncava puede cubrir a todo el cóndilo o solamente parte de él. El menisco siempre sigue al cóndilo en sus movimientos.*

*Los medios de unión de la articulación los forman:*

*La cápsula articular*

*Ligamento lateral externo*

*Ligamento lateral interno*

*Ligamento esfenomaxilar*

*Ligamento estilomaxilar*

*Ligamento pterigomaxilar*

*La cápsula articular.- Tiene forma de manguito, por su parte interna está tapizada por la sinovial, y sirve de inserción al reborde del menisco.*

*Ligamento lateral externo.- Por arriba se inserta en el -*

*tubérculo cigomático y por abajo en la parte postero externa del cuello del cóndilo.*

*Ligamento lateral interno. - Se inserta por arriba, por fuera de la base de la espina del esfenoides, desciende para insertarse en la parte postero interna del cuello del cóndilo.*

*Ligamento esfenomaxilar. - En la parte superior se inserta en la porción externa de la espina del esfenoides desciende y cubre al ligamento lateral interno y termina en el vértice y en el borde posterior de la espina de Spix.*

*Ligamento estilomaxilar. - Se inserta por arriba cerca del vértice de la apófisis estiloides, por abajo se inserta en el tercio inferior del borde posterior de la rama ascendente del maxilar inferior.*

*Ligamento pterigomaxilar. - Se extiende del gancho de la ala interna de la apófisis pterigoides hasta la parte posterior del reborde alveolar del maxilar inferior.*

*Sinovial. - Tapiza la cápsula articular por su cara interna, y termina por un lado en el lugar de inserción del menisco sobre la cápsula, en el otro lado en el borde revestimiento fibro-*

so de la superficie articular.

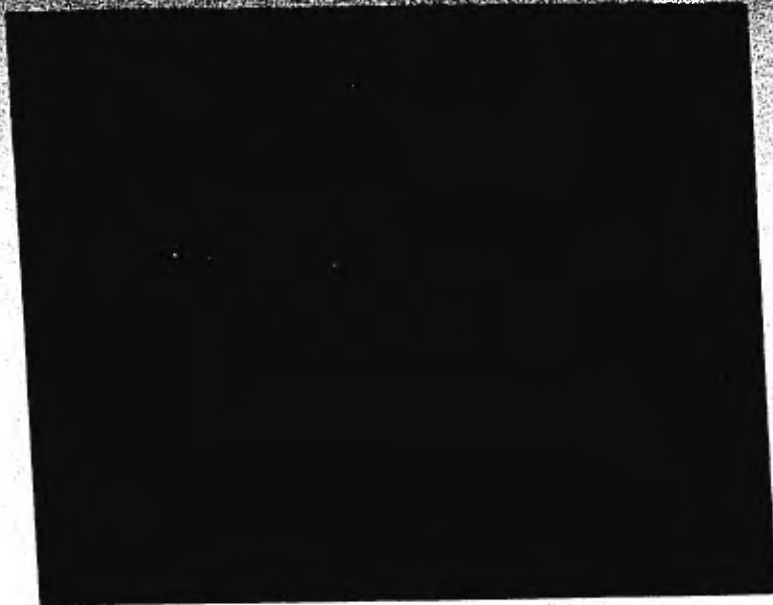
*Las articulaciones temporomandibulares funcionan simultáneamente y presentan movimientos de :*

*El evación*

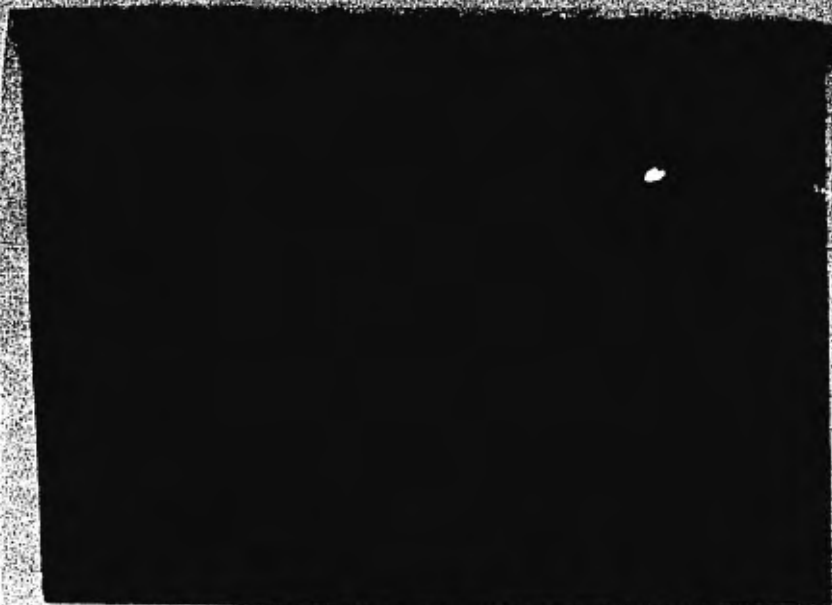
*Propulsión y retropulsión*

*Lat eralidad*

*La combinación de los movimientos de abatimiento, elevación y lateralidad realizan el movimiento de circunducción que permite el frotamiento de los arcos dentarios consiguiendo la trituración de los alimentos y por lo tanto la masticación.*



*Fig. N<sup>o</sup> 8. - Articulación temporo - mandibular*



*Fig. N<sup>o</sup> 9.- Componentes de la articulación temporomandibular*



*Fig. N<sup>o</sup> 10.- Componentes de la articulación temporomandibular.*



## **2. - Artritis degenerativa (osteoartritis)**

**Esta forma de artritis es la más frecuente que otras es llamada también mandíbula destructora, alteración interna, articulación subluxante o hipermóvil y síndrome de la articulación temporomandibular y por ser un proceso degenerativo se le llama artrósis temporomandibular.**

**Etiología. - No se conoce la causa principal, pero se piensa que los traumas pequeños repetidos son un factor agravante.**

**Puede presentarse bilateral o unilateralmente.**

**El trauma más frecuente es el de la malposición repetida del cóndilo mandibular por un espasmo crónico de los músculos masticadores.**

**Se puede deber también a un síndrome de maloclusión ya sea por protusión de los dientes superiores anteriores o por un prognatismo mandibular y en caso de bruxismo aún cuando haya una interrelación oclusal normal.**

**Puede ser consecuencia de un diente mal colocado, una restauración dental mala o incorrecta en sus límites, una prótesis mal ajustada o un desgaste anormal de los caninos.**



*Clinicamente, en las primeras fases el único síntoma puede ser un ligero malestar en la región de la articulación durante la masticación o al despertar por la mañana.*

*Después la compresión de las fibras nerviosas en la parte posterior del disco y la pérdida de tejido conjuntivo detrás del cóndilo o la distensión de la cápsula pueden producir un intenso dolor preauricular que irradia a la sien y al ángulo mandibular, el espasmo muscular persistente puede producir también dolor complicándose y agravándose cuando hay tensión emocional adicional.*

*Si la degeneración articular avanza, se produce una relajación de la cápsula, dando lugar a desgarros y crujimiento al deslizarse el cóndilo cruzando los bordes anterior y posterior del disco durante los movimientos mandibulares.*

*Además de las alteraciones degenerativas cuando existe osteoartritis, pueden haber alteraciones inflamatorias que se manifiestan sobre todo durante las exacerbaciones agudas de la enfermedad, estos episodios agudos se presentan generalmente cuando hay una lesión adicional debido a movimientos anormales de la articulación, como en la luxación que se deben a las alteracio-*

*nes degenerativas preexistentes.*

*En la fase aguda hay inflamación y exudación de líquido de la cavidad articular, hay un dolor intenso que irradia en la zona preauricular, hay trismo, y una zona de hipersensibilidad en la región.*

*La mal posición del cuello del cóndilo puede diagnosticarse mediante una cuidadosa observación clínica, radiográficamente es difícil diagnosticarse pues solo se observa en casos de una alteración muy marcada en la configuración de las estructuras óseas.*

*Un método para diagnosticarla es con laminografías corregidas. En esta técnica se coloca la cabeza del enfermo orientada para que compense las inclinaciones verticales y horizontales del cóndilo en forma que el rayo central pase a través de su eje longitudinal.*

*En etapas primarias de osteorritis las laminografías pueden demostrar un estrechamiento del espacio articular debido a la destrucción de las superficies articulares, más tarde pueden encontrarse formaciones osteofíticas, aplanamiento de la eminencia e irregularidad de neoformación ósea del cóndilo.*

*Es estudio de los modelos de los dientes del enfermo pueden ayudar a localizar la malposición dentaria o desarmonía oclusal.*

*Tratamiento. - Es condilectomía además de este no se conoce otro.*



*Fig. 11.- Laminografía corregida para el -  
diagnosticar la artritis degenerat  
tiva.*

### 3. - Subluxación.

*Es una dislocación parcial autoreducible de una articulación.*

*En la articulación temporomandibular lo que ocurre es que el cóndilo pasa a una posición anterior, en relación a la eminencia articular durante el movimiento de apertura, acompañado de dolor, bloqueo temporal o cruídos.*

*La subluxación es un síntoma en que hay una relación anormal de la cápsula.*

*Puede aparecer después de un golpe, dislocación de la mandíbula, o por la excesiva manipulación de la misma, ya sea por extracción, intubación endotraqueal, sobre todo si el enfermo está bajo anestesia general y también después de las degeneraciones crónicas de una osteorritis crónica prolongada.*

*Tratamiento. - La reducción del cóndilo se efectúa mediante la relajación de los músculos y el desplazamiento de la cabeza del cóndilo por debajo de la eminencia articular hacia su posición normal, guiándolo por presión hacia abajo y atrás, colocando los pulgares en la zona de los molares inferiores.*



*A veces solo es posible la relajación de los músculos con -  
anestesia genral o fatigando los músculos masticadores mediante  
la acomodación del mentón en la palma de la mano y la aplicación  
de presión hacia atrás y arriba durante cinco a diez minutos.*



#### **4. - Síndrome de dolor y disfunción facial.**

*En esta alteración hay una disfunción del aparato masticatorio con el consecuente daño de la articulación temporomandibular y esta a su vez a factores psicológicos.*

*Etiología. - Son los espasmos de los músculos masticatorios a consecuencia de una contracción excesiva o fatiga de los músculos, o sobreextensión muscular que puede ser debida por aparatos o restauraciones dentales que invaden el espacio intermaxilar.*

*La contracción excesiva se inicia a la pérdida bilateral de los dientes posteriores o posterior a cualquier etapa del proceso alveolar, tras la colocación de un aparato protésico. Quizás lo más común sea la fatiga muscular producida por hábitos bucales crónicos como frotamientos o apretamiento de los dientes, que puede derivarse de factores irritativos como restauraciones que ocluyen mal o tienen un margen gingival sobreextendido.*

*Estos hábitos son involuntarios, debido a que son un alivio a las tensiones que comprenden factores emocionales o psicológicos.*

*Clínicamente, hay dolor, sensibilidad muscular, chasquido*

*o ruido seco en la articulación temporomandibular unilateral o bilateralmente a veces con desviación de la apertura.*

*Hay dos características típicas anormales:*

*Una es la ausencia de indicios clínicos, radiográficos o bioquímicos de las alteraciones orgánicas en la articulación y la ausencia de sensibilidad en la articulación cuando se palpa por el meato auditivo externo.*

*A veces se relaciona el principio de la enfermedad después de haber colocado una prótesis o de un traumatismo.*

*Tratamiento. - Es el alivio de los factores emocionales, -- corrección de restauraciones y aparatos protésicos, ejercicios mioterapéuticos, fisioterapia y medicamentos tranquilizantes y relajantes musculares.*

*En casos crónicos se tratan con inyecciones de medicamentos en la articulación o equilibrio oclusal completo.*

**CAPITULO VI.**  
**REACCIONES A LAS INFLUENCIAS DEL MATERIAL**  
**UTILIZADO EN LOS TRABAJOS PROTESICOS**

*El empleo de sustancias varias, extrañas a la boca como el material en contacto continuo con los tejidos bucales ofrecen - diversas reacciones alérgicas o de intoxicación.*

*Son importantes las cualidades de resistencia de los materiales usados, frente a las influencias externas como son los alimentos, bebidas, influencias físicas, etc. Asimismo el comportamiento de los materiales protésicos frente al organismo, y la*

*Las posibilidades de reacción del organismo a la influencia del material utilizado en los trabajos dentales se debe observar individualmente, pues la misma sustancia puede producir diversas reacciones tanto en la forma como en la frecuencia.*

*Las reacciones que desencadena el material empleado no se manifiestan necesariamente en el lugar del contacto en la boca, sino que pueden presentarse reacciones a distancia, aunque en el sitio de contacto se manifieste el más ligero cambio o ---*

**síntoma.**

*A veces, se combinan los síntomas de contacto con las reacciones a distancia, como ejemplo esta la inflamación de la mucosa del paladar y exantema de diversas partes del cuerpo.*

*Puede presentarse reacciones a distancia, en manos en el pabellón de la oreja, en el pecho, en la cara, en la región masofaríngea, en la región gastrointestinal, o como trastornos neuróticos del sistema nervioso vegetativo.*

*Se ha visto que por la acción del material usado en la boca, se pueden producir cuadros patógenos que persisten por mucho tiempo y que no desaparecen hasta eliminar de la boca el material causal. En algunos casos las alteraciones aparecidas por los materiales utilizados, no presentan una reversión a su estado normal, sino hasta mucho tiempo después de la eliminación de la sustancia culpable.*

*Los efectos irritantes debido a los materiales alojados en la boca son esencialmente consecuencia de procesos quimiotóxicos y reacciones alérgicas.*

*En algunas ocasiones pueden presentarse reacciones aler-*



gl cas, las que fuera de la boca en otro tejido (piel) son perfectamente toleradas.

La sensibilización alérgica producida por las sustancias utilizadas en la restauración y obturación de los canales radiculares, han sido muy poco estudiadas sin embargo estas sensibilizaciones puede ampliarse a reacciones persistentes a través de años y representar para los pacientes atacados por ellas, un duro sufrimiento siempre y cuando no sea reconocida la causa responsable, retrasando en ello su eliminación o sustitución por otro material.

#### **1. - REACCIONES A DISTANCIA.**

**Intoxicación con metal.** - Se empezaron a ver este tipo de reacciones cuando se empezó a usar aleaciones de latón como sustituto de el oro en la boca.

Las intoxicaciones pueden presentarse también con otras aleaciones incluso de metales nobles no homogéneos o que no son resistentes, por efectuarse en ellos procesos de descomposición química, o electroquímica.

Puede presentarse incluso con metales a los cuales no -



se les ha trabajado correctamente en el laboratorio.

Cuando hay problemas, es que el material presenta una estructura no homogénea, portadora de óxidos, que se producen en aleaciones no resistentes, de composición incorrecta.

La disgregación del material se verifica por la producción de elementos galvánicos en los cuales la saliva desempeña un papel de mediador electrolítico, que a su vez puede dar la producción de trastornos nerviosos por la producción de corriente.

Las partículas desprendidas de los metales reaccionan con los ácidos de la saliva, forman sales metálicas, estas a su vez poseen acción cáustica e irritante y es capaz de producir inflamación en la boca.

Por la incorporación continua de cobre que se va desprendiendo, son posibles las intoxicaciones y reacciones alérgicas.

Mecanismos de acción de la alergia. - Por la acción a través de la mucosa bucal se hace posible la formación de albúminas metálicas que actúan como antígenos, y también en el transporte de la saliva al aparato digestivo (a otros sectores) y se reabsorben en estas vías con la posible formación de antígenos.

Por el lo es importante que las aleaciones de metales no -  
bles expresamente preparadas para trabajos dentales y escrupu-  
losa y correctamente manipuladas, constituyen los materiales --  
ideales para trabajos en la boca.

## 2.- Alergia a la Base de la Prótesis.

Es muy rara, se debe a una sensibilidad al monómero del -  
acrílico, tanto del cocido como del autopolimerizable, o sea el --  
metacrilato de metilo, que en cualquiera de sus formas es capaz  
de producir reacción en las personas susceptibles.

La resina para prótesis nueva y recién procesada no es --  
considerada fuente de alérgenos, pero los líquidos absorbidos si  
pueden ser.

Clinicamente se parece a las inflamaciones bucales y el diag-  
nóstico se hace por medio de una prueba de parche positiva.

Esta prueba se hace atando a la prótesis al antebrazo du--  
rante dos días o mediante virutas de acrílico tomadas de la próte-  
sis y fijadas en el antebrazo con tela adhesiva, aparte se pone otro  
trozo de tela sin acrílico para ver si la persona no es alérgica a -  
ella, y entonces pueda haber confusión en el resultado de la prueba.

Hay que tener cuidado también cuando se utilizó toda la prótesis de que no se ponga con demasiada presión pues puede haber una reacción positiva debido a la presión y no a la alergia.

También antes había personas alérgicas a la vulcanita y era debido a causa del azufre como material base pero en la actualidad no se usa.

El tratamiento de estos pacientes solamente es quitando la prótesis o material causante y ver si está bien manipulado, con esto puede curarse el paciente.

En casos de tumores muy pequeños se pueden recibir en esta familia con para que desaparezcan con más rapidez las moléculas.

## **CAPITULO VII LESIONES BLANCAS**

**Entre este tipo de lesiones encontramos las siguientes:**

- 1. - Queratosis Local**
- 2. - Leucoplasia**
- 3. - Liquen Plano**

### **1. - Queratosis Local.**

**Es una lesión localizada en la mucosa bucal, piso de boca y encía. Es una capa gruesa de queratina, que aparece como una capa blanca.**

**Etiología. - Es una lesión que aparece como resultado de un mecanismo de defensa del organismo.**

**Se presenta cuando hay factores irritantes como: tabaco, prótesis desajustadas, sustancias u objetos que causan irritación.**

**La lesión puede desarrollar a una leucoplasia que a su vez puede evolucionar a una lesión maligna.**



Otros factores como la avitaminosis y otras deficiencias de la dieta, o sífilis pueden producir esta lesión.

Clinicamente puede semejarse con una leucoplastia y algunas lesiones malignas leves (carcinoma incipiente, liquen plano en forma leve).

Se presenta con una área irregular y elevada de aspecto lechoso y con un borde moderadamente definido. Puede presentarse como lesión única o múltiple, es indolora generalmente no se presentan ulceraciones pero en ocasiones hay zonas denudadas pequeñas.

La lesión puede abarcar una área pequeña o grande, puede permanecer estacionaria o progresar, en casos favorables puede involucionar eliminando a los factores irritantes.

La queratosis se presenta más frecuentemente en hombres de edad mediana debido al aumento a la susceptibilidad a los irritantes locales.

Si la lesión es amplia se recomienda hacer biopsias de diferentes áreas para una interpretación y diagnósticos adecuados y correctos.



***Tratamiento. - Eliminar el agente causal, intervención -  
quirúrgica en caso necesario***



***Fig. N° 12. - Queratosis local en la lengua***



***Fig. N° 13. - Queratosis local en la mucosa  
del carrillo.***

## **2. - Leucoplasia**

*Es llamada también leucoma, psoriasis bucal y leucoqueratosis de las mucosas. Se caracteriza esta enfermedad por la aparición de placas blancas de hiperqueratosis, acompañadas de una ulceración del tejido subyacente e inflamación crónica.*

*Etiología. - Su aparición es más frecuente en hombres entre los treinta y cincuenta años.*

*Hay diversos factores etiológicos para el desarrollo de la irritación, entre los irritantes locales tenemos: el trabajo, puntos y saliencias de los dientes cariados, las desviaciones dentales, los traumatismos producidos por mordeduras repetidas, las prótesis desajustadas, el abuso del alcohol y los alimentos demasiado calientes o condimentados.*

*Entre los factores etiológicos generales esta la sífilis, se considera a la hipercolesterinemia como factor predisponente, la avitaminosis A puede también ocasionarla, el tratamiento con estrógenos, se ha visto que es capaz de producir los cambios que -*

se presentan en una leucoplasia.

Clínicamente se observa en las mucosas, la lengua, en las comisuras labiales, paladar, labios y crestas alveolares de pacientes desdentados (encia).

La leucoplasia en sus comienzos puede pasar desapercibida, pues no presenta ningún síntoma subjetivo, en las zonas donde va a presentarse la lesión aparecen pequeñas máculas rosadas del color más intenso que el normal, después aparecen las lesiones características de la enfermedad: endurecimiento, blanqueamiento y levantamiento de la superficie. En un tiempo variable la coloración roja de las máculas es efímera, y dan la impresión de estar cubiertas por un fino velo, que al aumentar de espesor la superficie de la mácula se opaca y se vuelve blanco grisácea, las máculas se extienden y se fusionan constituyendo la placa leucoplásica.

Su tamaño puede ser igual a el de una lenteja o recubrir toda una superficie (lengua, carrillos o encía), en forma de placa única o bien en islotes o cadenas filiformes como mapa.

Cuando las lesiones adquieren un tamaño bastante grande pueden presentar otras formas; la leucoplasia verrugosa que es -

*la predecesora más habitual del cáncer.*

*En algunos casos eliminando el agente causal, la lesión es regresiva.*

*Tratamiento. - Primero la eliminación del agente causal, después la extirpación total de la lesión con parte de tejido adyacente sano.*

*Si la lesión es muy grande se pueden presentar problemas en la reparación y suele ser más práctico quitar solamente la parte más avanzada de la lesión y mantener vigilado al paciente, y en ocasiones ya no es necesario hacer la extirpación del resto de la lesión. O si se prefiere se puede hacer la extirpación completa y poner un injerto (sería lo ideal).*

*El tratamiento se complementa con una dieta adecuada, vitamina del complejo B y la eliminación total de irritantes lo mismo que de prótesis desajustadas.*

*No es recomendable el tratamiento con radiaciones pues podría resultar contraproducente.*





*Fig. N<sup>o</sup> 14.- Leucoplasia en mucosa zona  
retromolar*



*Fig. N<sup>o</sup> 15.- Leucoplasia en lengua*



### 3. - Liquen Plano.

Es una dermatosis crónica de naturaleza erupitiva, caracterizada por la aparición de pequeños pápulas del tamaño de la cabeza de un alfiler, de forma aplanada, de superficie lisa, brillante, cuyo color varía de un rosa amarillento y un rojo leonado o violáceo.

Aparece simultáneamente en mucosa y en piel.

Etiología. - Su etiología es desconocida pero se atribuyen principalmente traumatismos (como las mordeduras, prótesis desajustadas etc.), fatiga nerviosa, manifestaciones alérgicas y toxemias.

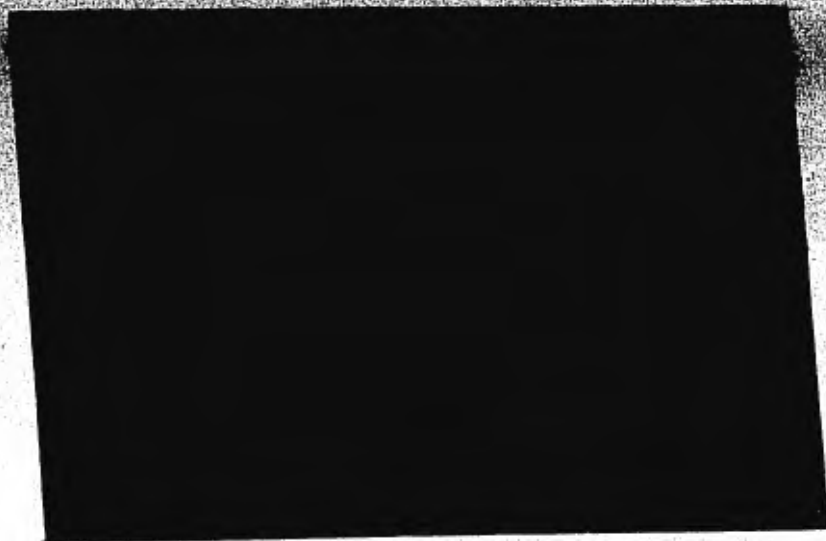
Clínicamente se observa en la boca en la cara interna de las mejillas, a nivel de triángulo retromolar, encía, lengua y paladar.

Empieza la lesión por pequeños puntos blancos que se multiplican y se ordenan en líneas entrecruzadas dibujando una red o arborizaciones que es signo patognomónico para el diagnóstico de la enfermedad.

Otro tipo de liquen plano es el erosivo en el cual la mucosa muestra una apariencia granular roja y se producen hemorra-

*gias con el más ligero traumatismo.*

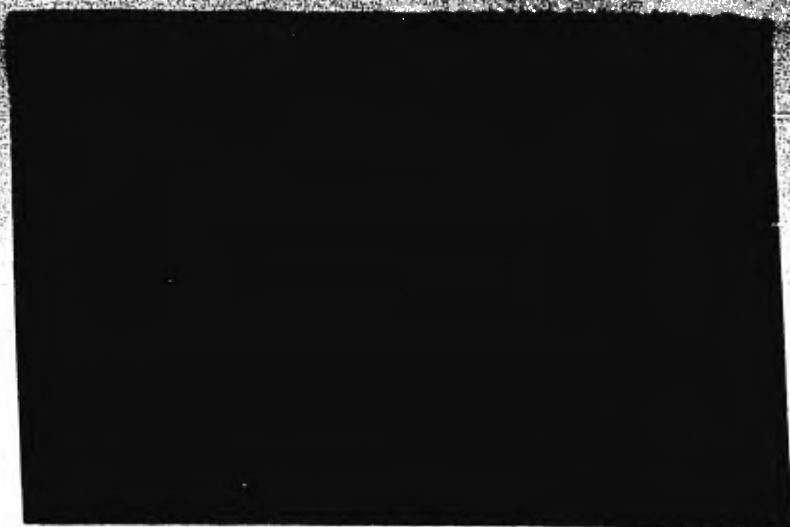
*Tratamiento.* - Este es variable, los compuestos arsenicales o mercuriales parecen tener algún beneficio en algunos casos Pero en general solo eliminando el factor o factores irritantes y los alérgenos, así como recomendar al paciente descanso y el alivio de tensiones puede curarse.



*Fig. N<sup>o</sup> 16. - Liquen plano en lengua*



*Fig. N<sup>o</sup> 17. - Liquenplano en parte interna  
de la comisura labial (mucosa)*



*Fig. N<sup>o</sup> 18 .- Liquenplano en carrillos*

## **CAPITULO VIII LESIONES MALIGNAS**

### **1. - Carcinoma Verrugoso**

*Es una forma de carcinoma epidermoide de la cavidad bucal. Es de crecimiento lento exofítico e invade solo la superficie mucosa, tiene potencial metastásico bajo y se presta a la excisión local simple debido a su evolución relativamente lenta y no agresiva.*

*Etiología. - Son los irritantes, fumadores, mascaradores de tabaco y prótesis mal ajustada.*

*Características Clínicas. - Se presenta en pacientes ancianos, más en los hombres que en las mujeres.*

*Se localiza en la mucosa vestibular, enca o reborde alveolar y a veces en piso de boca y paladar.*

*La neoplasia es de naturaleza papilar que a veces esta cubierta de una película leucoplásica. La lesión presenta pliegues - con aspecto arrugado y fisuras profundas intercaladas.*



*Las lesiones en la mucosa vestibular pueden extenderse - bastante antes de llegar a estructuras más profundas.*

*Las lesiones de la encía o reborde mandibular proliferan hacia el tejido blanco que la cubre y se fija en el periostio para invadir y destruir en forma gradual la mandíbula.*

*Los ganglios linfáticos regionales suelen estar sensibles y crecidos, por lo común hay una lesión inflamatoria en éstos.*

*El dolor y la dificultad para masticar son comunes pero la hemorragia es rara.*

*Lamentablemente el diagnóstico del carcinoma verrugoso es difícil, hasta cuando la toma de la biopsia es grande y a veces se requiere de otra biopsia.*

*Tratamiento. - Es la extirpación quirúrgica. Se han tratado también con radiaciones pero no es muy convincente pues resulta casi siempre contraproducente, lo mejor es eliminar la lesión por medios quirúrgicos.*





*Fig. N° 19. - Carcinoma corrugosa en  
paladar*

## 2.- Carcinoma de Lengua.

Se han sujerido muchas etiologías pero se ha visto en casos de sífilis asociada a lesiones leucoplásticas, mala higiene bucal, traumatismos crónicos, consumo excesivo de alcohol y tabaco, irritantes crónicos como un diente cariado, fracturado o una prótesis mal adaptada.

**Características Clínicas.** - El signo más común es una masa o una ulceración indolora, aunque en algunos pacientes es dolorosa por haber infección secundaria.

El tumor comienza como una úlcera indurada en la superficie con bordes levemente elevados, que evoluciona hasta que es una masa fungosa exofítica o se infiltra en las capas profundas de la lengua, produciendo fijación e induración sin alteraciones superficiales.

La lesión típica se produce en el borde lateral o en la superficie ventral, cuando aparece es doroso existe una glositis sífilítica.

Cuando se presenta en la base de la lengua, son particularmente incidiosas, porque pueden ser asintomáticas hasta perió

dos muy avanzados e incluso pueden llegar hasta entonces a producir disfagia o dolor en la faringe.

Las lesiones de la parte posterior suelen ser de más grado de malignidad pues dan metástasis antes y ofrecen peor pronóstico debido a su inaccesibilidad al tratamiento.

Hay gran grado de metástasis en casos de cáncer en lengua.

Tratamiento. - Se puede considerar la radiación y la cirugía, se usan agujas de radio o sales de radón en lugar de los rayos X porque son capaces de limitar la irradiación del tumor cuidando el tejido adyacente.

El pronóstico no es bueno, depende la metástasis presente en el cuello o de que no la haya y además de la amplitud de la lesión y el lugar donde se encuentre, y la prontitud con que se diagnostique y se trate el paciente.

## CAPITULO IX

### PREVENCION DE LAS ALTERACIONES

*En este capítulo se verán principalmente los errores o causas de que nuestros trabajos protésicos que causen alteraciones indeseables. Esto es con el fin de que evitemos, corriamos y nos demos cuenta en que nos están fallando o en que nos pueden fallar nuestros aparatos al colocarlos, y que al tratar de componerlos queriéndole "darle" a la causa de la molestia, sin tener la más mínima idea de lo que se trata o de lo que pueda ser, proponemos otras relaciones en el tejido, desorganizamos todo, quedamos mal con nuestro paciente y nos hacemos de malas referencias aparte de crearnos un sentimiento de insatisfacción por el fracaso.*

*La simple instalación de aparatos nada más, ayuda muy poco a nuestro paciente parcialmente desdentado pues es necesario comenzar por un exámen clínico y radiográfico local y otro reconocimiento del estado general y su metabolismo de la persona, para darnos cuenta del estado real en que se encuentra, sistémicamente, de nuestros maxilares y anexos, debido a su capacidad de reacción, aceptación o rechazo a la colocación de nuestro*



*aparato protésico.*

*Es necesario encausar nuestro análisis a modo de conseguir un buen diagnóstico y pronóstico en el que tomemos en cuenta:*

*Qué le pasa a nuestro paciente*

*Qué tiene, en que estado se encuentra.*

*Qué se puede hacer y que hay que esperar.*

*Es necesario poder trazar claramente un plan de tratamiento y seguirlo, sabiendo que hacer y el porque de cada paso, más vale hacer esto y cuando no se sabe como proseguir, documentarse más sobre el tema y no presipitar el tratamiento pues solo lograríamos perder ese paciente y perjudicarlo biológicamente, psicológicamente y quizás económicamente.*



**1. - Esquema para la Planificación de Tratamiento y Diseño.**

**Interrogatorio del paciente y examen de todas las dentaduras o prótesis anteriores.**

**Modelos de estudio.**

**Evaluación periodontal de todos los dientes.**

**Estudio de la movilidad de todos los dientes, ambas arcadas.**

**Registro de restauraciones presentes y dientes que necesitan restauración.**

**Evaluación radiográfica.**

**Ver contornos dentales, parodontales, etc.**

**Interferencias oclusales.**

**Evaluación de plano oclusal.**

**Ubicar dos retenedores (en prótesis parciales).**

**Analizar el efecto, sobre el diseño de:**

**Area probable de masticación**

**Tipo de oclusión: rígida\_dientes naturales o con soporte dental completo.**

**semirrigida prótesis parcial con soporte dental y tisular.**

**no rígida prótesis completa**

**Materiales de la oclusión opuesta.**

**Proceso alveolar residual de soporte**

**Posición y contornos de los dientes pilares, y si es mejor volver a diseñar para cuatro retenedores básicos.**

**Requerimientos para cada retenedor**

**Soporte tisular máximo**

**Número necesario de retenedores**

**Diastemas que necesiten atención**

**Indicaciones para ferulización**

**Medidas preventivas de futuras modificaciones en el esqueleto o materiales (reparaciones, adición/omisión de piezas, rectificaciones.**

## **2. - Prevención en Prótesis Fija y Removible.**

*El éxito en las prótesis parciales, depende mucho del cuidado que se pone para cumplir los requisitos y principios aceptados como son: colocación de pilares correctamente, higiene bucal y el mantenimiento posterior a la colocación, éstos principios aunque rudimentarios en ocasiones son pasados por alto, ignorados o realizados de manera inconveniente, dando lugar a reacciones indeseables.*

*En la lista siguiente se enumeran algunos de los principios a seguir en nuestro tratamiento:*

*1. - Evaluación completa de cada diente, condición en que se encuentra así como los materiales de la oclusión opuesta.*

*2. - Evaluación de áreas óptimas para la masticación.*

*3. - Uso conveniente del paralelográfo en la planificación del tratamiento, y en la ejecución.*

*4. - Preparación previa de la boca, incluir el recontorneo de los dientes para la colocación de ganchos, preparación de áreas de descanso y espacio adecuado (no es indicado ocupar o invadir el área oclusal), determinación de los planos guías de inserción.*

5. - *Eliminar retenciones excesivas, de dientes, procesos alveolares y torus.*

6. - *Es difícil lograr una oclusión ideal pero una buena relación céntrica, oclusión adecuada y ninguna obstaculización por los dientes de la prótesis en los movimientos son puntos importantes logrando una masticación conveniente.*

7. - *Empleo de ganchos múltiples en la retención éstos al ser insuficientes pueden provocar algunas alteraciones en el parodontio.*

8. - *Diseñar cada caso individualmente tomando en cuenta la combinación particular de dientes naturales y dientes factores que influyen sobre el diseño final de la prótesis.*

9. - *Cercamiento o abrazamiento adecuado de los brazos de un gancho, que deben estar en contacto estrecho con el diente. El pilar puede alejarse del gancho cuando éste fue diseñado de manera inadecuada o los brazos son demasiados cortos.*



### **3. - Prevención en Prótesis Total.**

*Después de la colocación de las prótesis hay que citar a -- los pacientes, pues el dentista debe rectificar e insistir en el pa--  
ciente en la dieta que debe seguir así como de las recomendacio--  
nes posteriores, aliviar las zonas en las que existe irritación y --  
volver a rectificar la oclusión.*

*Las principales causas de irritación en la mucosa se de--  
ben principalmente a:*

- 1. - Areas de sobrepresión.*
- 2. - Areas de sobrepresión en la parte interna de la base --  
en contacto con los tejidos.*
- 3. - Mala corrección de las zonas de alivio.*
- 4. - Sobrepresión por fuerzas oclusales mal dirigidas.*
- 5. - Dimensión vertical aumentada.*
- 6. - Oclusión céntrica incorrecta.*

*La aparición de la lesión, el área donde está la moles--  
ta y el tiempo de duración, van a dar la pauta para decidir la cau--  
sa del problema, descartar o confirmar si el motivo es una irrita--  
ción local o se debe a alguna alteración sistémica.*



*Comunemente se presentan en el arco superior los siguientes problemas:*

*Problema. - Mordedura de carrillos.*

*Causa. - Periferia delgada o corta, y el material de la base no proporciona apoyo necesario para las mejillas.*

*Tratamiento. - Reforzar las zonas delgadas o extender la periferia.*

*Causa. - Cantidad inadecuada de resalte en la parte vestibular de la región posterior.*

*Tratamiento. - Remodelar la superficie vestibular de molares y premolares inferiores para permitir que los tejidos de los carrillos se desplacen antes del pellizco, eliminar el estrecho contacto de las cúspides y superficies superiores e inferiores.*

*Problema. - Aflojamiento ocasional.*

*Causa. - Falta de extensión en algunas zonas.*

*Tratamiento. - Agregar material a la zona que este poco extendida y pruebe la retención que se obtiene, puliendo la zona posteriormente.*

**Causa.** - Oclusión defectuosa.

**Tratamiento.** - Hacer que el paciente golpetee repetidas veces en céntrica, corregir la oclusión, con una buena oclusión convertirá muchas dentaduras en prótesis adecuadas.

**Problema.** - Aflojamiento al comer en cada lado.

**Causa.** - Zonas no depresibles en el paladar duro.

**Tratamiento.** - Eliminar la zona no depresible en el paladar duro.

**Causa.** - Posición incorrecta de los dientes.

**Tratamiento.** - Los dientes pueden estar muy desplazados hacia vestibular del reborde, hay que reubicar los dientes en posición correcta.

**Causa.** - Masticación de alimentos resistentes.

**Tratamiento.** - Recomendar al paciente en tomar dieta blanda hasta que se habitue a usar su prótesis.

**Problema.** - Aflojamiento repetitivo después de algún tiempo.

**Causa.** - Saliva mucinosa espesa.

**Tratamiento.** - Indicar colutorios de solución de agua con bicarbonato, limpieza de las prótesis más veces.

**Problema.** - Aflojamiento de bostezar o en abertura amplia

**Causa.** - Base de la dentadura muy gruesa en la zona vestibular posterior.

**Tratamiento.** - Reducir el espesor de la base.

**Causa.** - Exceso de extensión en el surco hamular.

**Tratamiento.** - Acortar la dentadura.

**Problema.** - Aflojamiento al hablar.

**Causa.** - Sellado palatino posterior inadecuado.

**Tratamiento.** - Aumentar el sellado palatino, con acrílico.

**Causa.** - Exceso de extensión de la región posterior.

**Tratamiento.** - El acortamiento posterior.

**Problema.** - Solo sensación de aflojamiento pero no se cae.

**Causa.** - *Amplia zona de tejido no depresible en el paladar duro.*

**Tratamiento.** - *Hay que eliminar la zona no depresible.*

**Problema.** - *Irritación de la zona periférica.*

**Causa.** - *Sobreextensión.*

**Tratamiento.** - *Ajuste correcto de la dentadura.*

**Problema.** - *Sensación de ardor.*

**Causa.** - *Presión sobre una terminación nerviosa.*

**Tratamiento.** - *Aliviar la zona de ardor, quitar todos los bordes salientes en la parte interna de la base de la prótesis, se puede hacer enjuagues con cepacafna para aliviar un poco la sensación ardorosa durante la recuperación de esa zona.*

**Causa.** - *El material de la base está mal procesado.*

**Tratamiento.** - *Rebase de la dentadura, de toda la zona interna de la base.*

**Problemas que se presentan el arco inferior:**



**Problema.** - Aflojamiento de la zona periférica.

**Causa.** - Sobreextensión, bordes filosos ó rugosos.

**Tratamiento.** - Ajuste de la prótesis, pulido de los bordes y redondear los bordes filosos.

**Problema.** - Irritación de la cresta del reborde.

**Causa.** - Esquirlas de hueso, salientes en la base.

**Tratamiento.** - Identificar las zonas y eliminar las esquirlas de hueso, pulir las zonas ásperas dentro de la base de la dentadura.

**Causa.** - Cresta del reborde espinosa.

**Tratamiento.** - Usar material acondicionador de tejido.

**Causa.** - Zonas de presión en el momento de la impresión.

**Tratamiento.** - Use una marca seca sobre la lesión y transportarla a la prótesis, ajustandola de acuerdo a esa marca.

**Causa.** - Oclusión defectuosa.

**Tratamiento.** - Revisar la oclusión y corregirla.

**Problema.** - Molestias generalizadas, con úlcera o sin -  
ella, el paciente no puede comer con comodidad y los dientes no -  
parecen derechos.

**Causa.** - Dimensión vertical excesiva, falta suficiente espa-  
cio fisiológico de reposo.

**Tratamiento.** - Quite los dientes de la prótesis inferior de  
la base de la dentadura inferior y reubicarlos en la dimensión ver-  
tical correcta.

**Problemas.** - Irritación y enrojecimiento generalizado.

**Causa.** - Fuerza de masticación grande, cara interna de la  
prótesis superior o sin pulir, falta de asé.

**Tratamiento.** - Quitar todo el material irritante, recomen-  
dar un asé más frecuente de la boca y de la prótesis, disminuir  
un poco la dimensión vertical para disminuir también el poder de  
masticación. Hacer un rebase blando como un tratamiento final.

**Causa.** - Material de la base mal elaborado.

**Tratamiento.** - Reemplazar al material de la base con acrí-  
lico nuevo.

**Problema.** - Irritación sobre el reborde en la zona anterior.

**Causa.** - Oclusión defectuosa. La oclusión céntrica no es de acuerdo con la relación céntrica, en el contacto inicial, parecen correctas pero con presiones agregadas la mucosa cede y la dentadura inferior se desplaza hacia adelante.

**Tratamiento.** - Desgastar los planos inclinados mesiales de los dientes superiores y el plano inclinado distal de los inferiores.

**Causa.** - Sobreextensión en alguna zona.

**Tratamiento.** - Quitar esa sobreextensión.

**Problema.** - Irritación en el reborde en la zona de premolares.

**Causa.** - Torus linguales.

**Tratamiento.** - Proporcionar alivio adecuado de la zona (- eliminar el torus).

**Causa.** - Zonas de presión en el momento de la impresión.

**Tratamiento.** - Ajustar la prótesis con un rebase.

**Causa.** - Posible contracción de la dentadura durante la elaboración.

**Tratamiento.** - Rebase de la dentadura o elaborar una nueva.

**Causa.** - Error de la oclusión.

**Tratamiento.** - Controle la oclusión en el lado opuesto a la zona irritada, aliviar la zona irritada y la colocación de material de rebasado blando sobre la zona.

**Problema.** - Irritación en el reborde zona posterior.

**Causa.** - Sobreextensión en la zona lateral.

**Tratamiento.** - Acortar los flancos de las zonas posteriores.

**Causa.** - Error en la oclusión.

**Tratamiento.** - Controlar los dientes en diagonal a través del arco, desde la zona irritada.

**Causa.** - Espacio retentivo corto en la zona molar.

**Tratamiento.** - Corrección quirúrgica del espacio retentivo.



**Causa.** - *Sobreextensión en la zona anterior.*

**Tratamiento.** - *Ajuste de la extensión periférica excesiva.*

**Problema.** - *Aflojamiento de la dentadura.*

**Causa.** - *Plano oclusal demasiado alto.*

**Tratamiento.** - *Si le resulta al paciente difícil llevar la lengua sobre los dientes para limpiar el vestibulo, los dientes -- deben recolocarse en un plano más abajo.*

**Causa.** - *Periferia corta.*

**Tratamiento.** - *Rebase de la dentadura y proporcionar la extensión correcta del material.*

**Causa.** - *Incapacidad del paciente para gobernar la dentadura.*

**Tratamiento.** - *Hay que recomendar al paciente use adhesivo para ayudar al paciente a desarrollar su habilidad en el manejo de la dentadura inferior, usando el adhesivo por poco tiempo.*

#### **4. - Lo Relacionado a los Laboratorios Dentales.**

*La mayoría de los técnicos dentales son personas que han aprendido el oficio de una manera empírica y muy pocos son los que realmente han tenido algunos estudios de técnicos dentales, - por lo cual es conveniente que uno como dentista tenga el criterio suficiente para saber elegir un buen laboratorio dental, pues no - solo hay que ver los precios económicos del laboratorio, porque al querer nosotros ganar más (y el laboratorio también) al que - perjudicamos inmediatamente es al paciente y a nosotros al pasar algún tiempo por mandar a elaborar los trabajos en malos laboratorios.*

*Hay algunos laboratoristas que quizás al encontrarse con dentistas irresponsables piensan que están mejor preparados y - que son más hábiles que un dentista para decidir que tipo de trabajo protésico es el adecuado para nuestro modelo (en ocasiones es muy frecuente).*

*Por eso hay que prepararse mejor en el diseño de los aparatos para que seamos nosotros los que diseñemos las próximas prótesis que mandemos a elaborar.*

*Debemos de dudar de los laboratorios que ofrecen:*

*Tiempo de trabajo corto o super rápido,*

*Costos bajos y créditos*

*Que no prestan la atención debida al diseño*

*Que tienen fallas en sus técnicas de trabajo*

*De los que tratan de tapar las fallas en lugar de pedir --  
que repitamos el procedimiento o trabajo de nuevo.*

*De los que nunca mandan hacer la prueba del metal o de -  
metales antes de terminar de elaborar los trabajos.*

*Los que no regresan los trabajos en el modelo de trabajo*

*En los que hacen algunos trabajos que no deberían hacerse --  
por el dentista.*

*Nosotros debemos esforzarnos por mandar nuestros traba-  
jos a técnicos hábiles, dedicados a su trabajo.*

*Hay algunos dentistas que se van a los extremos, pues --  
hay algunos dentistas que piensan que los laboratoristas no deben  
tener pensamientos ni opiniones propias acerca de la planeación  
y fabricación de una prótesis y que todo debe ser programado por  
el profesional.*

*El otro tipo, de los que toman las impresiones y dejan --*

*que el laboratorista haga desde el diseño hasta la elección de los materiales utilizados, sin ninguna contribución por parte de ellos.*

*Ambos puntos de vista son erróneos y el que sufre las -- consecuencias es el paciente, un punto medio entre estos dos casos sería lo más acertado para crear un ambiente de trabajo más favorable para las dos partes (dentista-técnico) como equipo de trabajo.*

*La comunicación entre el dentista y el técnico no debe limitarse a una hoja de papel o llamadas telefónicas, pues uno debe de hacer el esfuerzo de ir al laboratorio, e invitar al técnico a visitar el consultorio para hablar acerca del trabajo, pues permitirá establecer relaciones más cordiales entre ambos no hay que tratar al técnico como subalterno sino como miembro importante del equipo dental pues tanto él como nosotros debemos superarnos para así perfeccionar y hacer mejores trabajos y con -- el los nuestra profesión.*

*Debemos tomar en cuenta que el dentista es responsable del producto acabado que será colocado en la boca del paciente.*

*El dentista debe procurar mejorar sus relaciones con el laboratorio, debe dejar el tiempo suficiente para realizar los --*



*procedimientos técnicos, no debe imponer al técnico hacer milagros con los trabajos terminados, que no pueden ser mejor que el tiempo y los materiales que le fueron proporcionados, no debe achacar al técnico la responsabilidad de cosas que están fuera de su campo de trabajo, el dentista no debe pelear precios en los trabajos y pagar las cuentas rápidamente. El dentista debe comentar los métodos con el técnico y ambos deben aceptar sus errores cuando estos ocurren y hacer críticas constructivas, deben tenerse confianza mutua y ser responsables.*

## CONCLUSION

*Para no fracasar en nuestros trabajos, al tratar a --  
nuestros pacientes debemos:*

*Incluir el interrogatorio, exámen clínico, radiográfi-  
co, del periodonto y obtener modelos de diagnóstico.*

*Al establecer el plan de tratamiento y el diseño, ha--  
blar con el técnico las veces que sea necesario y compartir infor-  
mación obtenida del exámen del paciente.*

*Realizar la preparación bucal necesaria.*

*Tomar las impresiones y obtener los modelos.*

*Obtener los registros de los movimientos mandibula-  
res, seleccionar los dientes, su color etc.*

*Modificar la disposición de los dientes las veces que  
sea necesario.*

*Hacer pruebas en cera las veces que este indicado.*

*Hacer reajustes y equilibrar la oclusión cuando sea*

necesario.

*Insertar y ajustar la prueba de metales.*

*Proporcionar los cuidados necesarios después de la colocación y dar las indicaciones posteriores al paciente.*

*Ahora que sabemos todo lo indeseable y desagradable que pueden originar un trabajo mal elaborado (ya sea una pequeña úlcera, o una lesión crónica y hasta una lesión cancerosa debemos valorar nuestro trabajo actual, superarnos más para hacer un diagnóstico con más precisión y actuar preventivamente en el terreno de la prevención, y al paciente, guiarlo o bien curarlo - dependiendo de la situación, para realmente ayudarlo en su salud teniendo satisfacción plena como profesionalista.*

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA  
DISMINUCION EN LOS FRACASOS DE PROTESIS  
BUENOS AIRES, EDITORIAL MUNDI
- 2.- CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA  
FRACASOS MAS COMUNES EN PROTESIS PARCIAL RE  
MOVIBLE BUENOS AIRES, EDITORIAL MUNDI 1979
- 3.- TRATADO GENERAL DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
KARL HAMPL  
EDITORIAL ALHAMBRA, S.A. 1959
- 4.- PROTESIS DENTAL  
REHM HAUS  
BARCELONA, EDITORIAL PUBUL 1945
- 5.- PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE  
REBOSSO ADALBERTO  
BUENOS AIRE 1960
- 6.- TRATADO DE ODONTO ESTOMATOLOGIA  
PROTETICA ODONTOLOGICA  
MADRID EDITORIAL ALHAMBRA 1959
- 7.- MATERIALES DENTALES RESTAURADORES  
FLOYD A. PEYTON  
ARGENTINA, EDITORIAL MUNDI 1974 2ª EDICION
- 8.- PROSTODONCIA TOTAL  
OZAWA DEGUCHI JOSE G.  
MEXICO UNAM 1973
- 9.- PROSTODONCIA  
SAIZAR PEDRO  
BUENOS AIRES, EDITORIAL MUNDI 1972



10. - **DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL**  
ZEGARELLI EDWARD V.  
BARCELONA , EDITORIAL SALVAT 1972
11. - **PATOLOGIA BUCAL**  
THOMA KURT H.  
MEXICO, UTEHA 1946
12. - **PATOLOGIA BUCAL**  
SHAFAER WILLIAM G.  
MEXICO, EDITORIAL INTERAMERICANA, 1977 3ª EDICION
13. - **TECNICAS Y APLICACIONES CLINICAS DE BASES BLAN-**  
**DAS EN DENTADURAS INFERIORES.**  
MARTINEZ RUIZ ROBERTO  
UNAM , MEXICO 1965
14. - **PROTESIS DENTAL FIJA Y REMOVIBLE**  
RUIZ GARNICA PAZ  
UNAM , MEXICO 1971
15. - **PROTESIS TOTAL**  
**DE LOS COBOS CARBAJAL VIRGINIA**  
UNAM , MEXICO 1970.