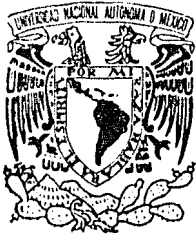


24



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"ZARAGOZA"

SECUELAS POR EL MAL USO DE UNA PROTESIS INMEDIATA

TESIS

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA



Presentan:

Gema Luz Acevedo Cruz.
Concepción Villeda Ramírez.
Mario I. Durán Madrueño.

México, D.F. Octubre 1985.



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.

INDICE	1
INTRODUCCION	3
PROTOCOLO	5
CAPITULO I LA ENCIA	13
a) Características clínicas normales	14
b) Características histológicas	16
c) Bibliografía	21
CAPITULO II HUESO ALVEOLAR	22
a) Características clínicas	24
b) Características histológicas	31
c) Bibliografía	33
CAPITULO III HIPERTROFIA FIBROMATOSA	34
a) Etiología	35
b) Causas	35
c) Características clínicas	37
d) Características histológicas	38
e) Diagnóstico y Diagnóstico diferencial	38
f) Tratamiento (cirugía)	39
g) Pronóstico	40
h) Bibliografía	41
CAPITULO IV ALTERACIONES CAUSADAS POR HIPERTROFIA FIBROMATOSA	42
a) Alteraciones faciales	42
b) Patología de origen dental en senos maxilares.	47
c) Patología de origen sistémico	54
d) Bibliografía	60

CAPITULO V	CIRUGIA PREPROTESICA Y PROSTODONCIA	61
	a) Revisión de tejidos	62
	b) Procedimientos quirúrgicos correctivos	66
	c) Preparaciones para prótesis inmediata	73
	d) Recomendaciones al paciente	79
	e) Técnicas para la colocación de prótesis total.	81
	f) Bibliografía	100
CAPITULO VI	CASO CLINICO DE UN PACIENTE CON HIPERTROFIA FIBROMATOSA ATENDIDO EN LA CLINICA - MULTIDISCIPLINARIA E.N.E.P. ZARAGOZA.	101
	a) Historia clínica	102
	b) Estudios de laboratorio	103
	c) Análisis de oclusión	106
	d) Diagnóstico radiográfico	108
	e) Diagnóstico	109
	f) Pronóstico	109
	g) Tratamiento	110
	g) Bibliografía	112
RESULTADOS		113
PROPUESTA Y/O RECOMENDACIONES		116
CONCLUSIONES		117
ANEXOS		119
BIBLIOGRAFIA GENERAL		129

INTRODUCCION

La Prostoncía y la Cirugía Bucal por lo general se tienen que relacionar, sobre todo en lo que se refiere a extracciones múltiples y la consiguiente colocación de prótesis inmediata, cabe mencionar que la ortodoncia debe de estar en relación con las dos especialidades anteriores para proporcionar la mejor atención al paciente.

En la actualidad es frecuente encontrar a Cirujanos Dentistas que realizan exodoncia indiscriminadamente e inclusive a pacientes jóvenes, los cuales con el tiempo tienen que recurrir al uso de prótesis ya sea total o parcial, ocasionando algunas veces problemas periodontales entre ellas encontramos la hipertrofia fibromatosa que es provocada por un desajuste en la anatomía interna de la dentadura, esto es, un aumento del espesor del estrato espinoso, puede llegar a provocar también problemas de sinusitis, además del crecimiento o neumatización de los senos maxilares llegándose a confundir con quiste residual es por esto que el odontólogo debe ser capaz de tener la destreza manual y básicamente tener los conocimientos fundamentales de anatomía, fisiología y estados patológicos más frecuentes cuando se realizan extracciones múltiples, con su respectiva colocación de la prótesis inmediata.

Fundamentalmente la base para un buen diagnóstico como lo han mencionado varios autores es la Historia Clínica, aquella que nos va a proporcionar los antecedentes más importantes como: cardiopatías, hipertensión, fiebre reumática, alergias, diabetes, hemorragias, etc.

En cuanto a Cirugía bucal se refiere, el odontólogo debe de

realizar un diagnóstico correcto que lo llevará a tener una -
respuesta y conclusión acerca del padecimiento del paciente -
viendo así la anatomía normal y pensando en determinar los cam-
bios estructurales tanto en tejidos blando como duros, y así -
poder establecer ciertos objetivos importantes para el pacien-
te como son: estética, fonética, estímulo y masticación.

FUNDAMENTACION DEL TEMA.

En los últimos diez años la odontología ha logrado adelantos--sorprendentes en enriquecer sus conocimientos para poder dar --una mejor atención a los pacientes. Es importante identificar todas las alteraciones bucales ya que pueden provocar enfermedades sistémicas severas, y para esto es necesario llevar a ca--bo un método de exploración clínica en donde no se pase por al--to las estructuras bucales.

Se comprende mejor en la actualidad la importancia de los teji--dos bucales como índice de salud general del individuo.

La cavidad bucal y su contenido son muy sensibles a las enfer--medades, por su íntima relación con el medio ambiente, y se --encuentran expuestas a lesiones mecánicas, químicas y bacteria--nas, por esta razón, la boca es un índice muy fiel del estado--general de salud del individuo; con frecuencia los cambios que presenta, constituyen la primera manifestación de fenómenos --patológicos subclínicos de otro sistema. Es el caso en particu--lar de los déficit nutricionales, trastornos endócrinos, gas--trointestinales y ciertas anemias y discrasias sanguíneas.

En muchas ocasiones el dentista tiene que trabajar junto con --el cirujano bucal y ortodoncista o el prostodoncista, para --proporcionar la mejor atención al paciente. Tal cooperación se requiere para el tratamiento de algunas lesiones o deformida--des de la cara o de los maxilares, y en la reconstrucción ex--tensa de los mismos.

Con los avances en la salud dental y las mejoras en las técni--cas de conservación y reparación de dientes enfermos, el den--tista ha podido dedicar mayor atención a las necesidades res--taurativas y periodontales de sus pacientes. Este carácter cam--

biante de la odontología también ha hecho posible que el dentista general aumente el número de procedimientos de cirugía bucal que es capaz de llevar a cabo en sus pacientes como pueden ser: tratar frenillos labiales y lingual, reducir excrescencias óseas y fibrosas del maxilar, extirpar restos radiculares, enuclear quistes pequeños y extraer órganos dentarios; así como también restaurar dientes ya sea con prótesis u otras restauraciones. Por supuesto esto depende en mucho de la habilidad de cada dentista en particular en esa especialidad y de sus conocimientos adicionales en otros campos especializados, tales como ortodoncia, prostodoncia, etc.

El dentista deberá considerar su conocimiento de anatomía de cabeza y cuello y su habilidad para manejar cualquier complicación o situación de urgencia que pudiera presentársele.

Cualesquiera que sean los métodos que escoja el dentista, tendría que realizarlos bien y a menudo, para mantener su destreza. Deberá poseer el equipo adecuado y ayuda digna de confianza, para disminuir la tensión en sí mismo y en el paciente.

Biopsicosocialmente un paciente que presenta anodoncia parcial aunado con hipertrofia fibromatosa provocada por una prótesis mal ajustada, influye desfavorablemente en el equilibrio orgánico y social; transforma el contorno facial, altera el lenguaje, perturba la alimentación, modifica la nutrición, desfavorece la expresión y repercute en la mente, en los sentimientos y existen problemas en relación con la fuerza del ego y la autoestima.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ QUE ALTERACIONES FACIALES, BUCALES Y SISTEMICAS PUEDEN PROVOCAR LAS EXTRACCIONES MULTIPLES Y EL MAL USO DE PROTESIS INMEDIATA Y MEDIATA NO CONTROLADA EN UN PERIODO DE 10 AÑOS?. - (REPORTE DE UN CASO CLINICO ATENDIDO EN LA CLINICA MULTIDISCIPLINARIA E.N.E.P. "ZARAGOZA")

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Estudiar las alteraciones que provocan las extracciones múltiples y la prótesis inmediata inadecuada, así como el mal control de la prótesis mediata, y de su tratamiento, y en base a esto designar el nombre mas apropiado para tal patología y así llegar al diagnóstico de un caso clínico atendido en la Clínica Multidisciplinaria de E.N.E.P. ZARAGOZA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Elaborar Historia Clínica del paciente.
2. Mencionar las características clínicas normales de la encía.
3. Mencionar las características histológicas de la encía.
4. Mencionar el mecanismo de defensa de la encía posterior a una técnica de exodoncia inadecuada.
5. Explicar las características clínicas del hueso alveolar.
6. Analizarlas características histológicas del hueso alveolar.
7. Explicar la reacción patológica del periostio, posterior a una técnica de exodoncia inadecuada.
8. Explicar por qué existe resorción ósea después de extracciones múltiples sin la regularización del proceso.

9. Describir la etiología de la hipertrofia fibromatosa.
10. Describir las causas que originan la hipertrofia fibromatosa.
11. Analizar las características clínicas de la hipertrofia fibromatosa.
12. Mencionar las características histológicas de la hipertrofia fibromatosa.
13. Describir los medios para el diagnóstico para un paciente con hipertrofia fibromatosa.
14. Enumerar los factores predisponentes de la hipertrofia fibromatosa.
15. Explicar las alteraciones faciales que provocan las exodoncias múltiples con colocación de prótesis inmediata inadecuada.
16. Describir las estructuras anatómicas de tejidos duros y blandos que se encuentran afectados por hipertrofia fibromatosa.
17. Estudiar las consecuencias que producen las extracciones múltiples en cuanto a la fisiología de la oclusión.
18. Explicar el tratamiento de hipertrofia fibromatosa.
19. Mencionar el pronóstico de hipertrofia fibromatosa.
20. Enunciar los recursos a utilizar en el tratamiento integral de hipertrofia fibromatosa.
21. Explicar la técnica de una prótesis inmediata.
22. Mencionar la técnica de una prótesis mediata.
23. Mencionar las recomendaciones finales del cirujano dentista al paciente.

HIPOTESIS:

Una técnica inadecuada en la realización de extracciones múltiples y la colocación de una prótesis inmediata postquirúrgica, así como el deficiente control de la prótesis mediata, puede ocasionar alteraciones en músculos de la cara, crecimiento de senos maxilares, resorción ósea, hipertrofia fibromatosa, pérdida de dimensión vertical y alteraciones sistémicas entre otras.

MATERIAL Y METODO:

MATERIAL:

Recursos Humanos:

Pasantes de la carrera de Cirujano Dentista (3)
Asesor de Tesis (1) en este caso un Cirujano Maxilofacial
Paciente femenino (caso clínico).

Recursos Físicos:

- Biblioteca de las siguientes Instituciones (E.N.E.P. ZARAGOZA, IMSS, ISSSTE, Hospital General, CENIDS y ADM).
- Revistas en español-inglés de 1979 a la fecha, cuyo contenido sea del área médica y odontológica.
- Libros de reconocidas Editoriales de patología bucal y general, Parodoncia, Prostodoncia y Metodología para la investigación.
- Diccionarios: 1.- Médico y Odontológico 2.- Inglés-Español.

Recursos Materiales:

- Consultorio dental (equipo)
- Estudios de Laboratorio
- Estudios de Gabinete
- Papelería en general.
- Fotografías (caso clínico)

Recursos Financieros:

- Gastos necesarios para la realización de la Tesis.

M E T O D O:

Criterios de selección:

Obtención de información de las siguientes fuentes:

1. Revistas científicas del campo Médico-Odontológico, - libros Médico-Odontológicos de reconocidas editoriales en Inglés y Español de 1979 a la fecha que traten sobre el tema.
2. Se acudirá a las bibliotecas y a los bancos de información programada (ADM, CENIDS, CONACYT, etc.) para obtener y seleccionar Revistas bibliográficas a partir de 1979 a la fecha en Inglés y Español que traten sobre el tema a estudiar.
3. Concentración de la información referente a:
 - Características morfológicas e histológicas de la -
encia.
 - Hipertrofia fibromatosa y sus diagnósticos diferencia-
les.
 - Alteraciones faciales por hipertrofia fibromatosa.
 - Histología de hueso alveolar.
 - Patología de origen dental en Senos Maxilares.
 - Patología de origen sistémico asociada a la hipertro-
fia fibromatosa.
 - Cirugía preprótesisica.
 - Prostopdoncia.

Criterios de organización:

Los capítulos que conformarán el desarrollo del presente-

trabajo se planteará de la siguiente forma:

Criterios de Síntesis y Análisis:

1. Elaboración de fichas de trabajo, de los capítulos, artículos y revistas.
2. Contrastación de la información obtenida de cada autor vertida en las fichas de trabajo y discusión del mismo.
3. Correlación de la información de las fichas de trabajo y los datos obtenidos de Hipertrofia fibromatosa, etiología, características clínicas, alteraciones faciales, bucales y sistémicas asociadas a dicha hipertrofia, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

CAPITULO I

E N C I A.

La encía es la parte de la mucosa bucal que cubre las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes, está formada por una cubierta epitelial y el tejido conectivo que la recubre. Para comprender las características normales de la encía es preciso ser capaz de interpretarlas en términos de las estructuras microscópicas que representa:

COLOR: Normalmente su color es rosado coral producido por el aporte sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentos. El color varía según las personas y se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea. Esta pigmentación es dada por la mela
nina.

TAMAÑO: Este corresponde a la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización.

CONTORNO: Depende de la forma de las dimensiones de los nichos gingivales vestibular y lingual por ejemplo: en caninos superior el contorno arqueado normal se acentúa y la encía se localiza más apicalmente, sobre dientes en linguoversión, la encía es horizontal y engrosada.

CONSISTENCIA: La naturaleza colágena de la lámina propia y su contigüedad al mucoperiostio del hueso alveolar determinan la consistencia firme de la encía. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen gingival.

TEXTURA SUPERFICIAL: La encía presenta una superficie finamen

te lobulada como una cáscara de naranja y se dice que punteada. El punteado se observa mejor al secar la encía. La forma y la extensión del punteado varían de una persona a otra, y en diferentes zonas de una misma boca, es menos prominente en las superficies linguales que en las vestibulares, y puede faltar en algunos pacientes, el punteado varía con la edad.

QUERATINIZACION: Varía en diferentes zonas en el orden que sigue: de más a menos: paladar, encía, lengua y carrillos. Se considera que la queratinización es una adaptación protectora a la función, que aumenta cuando se estimula la encía mediante el cepillado dental.

POSICION: La posición de la encía se refiere al nivel en que la encía se une al diente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS NORMALES DE LA ENCIA.

La encía está formada por una cubierta epitelial y el tejido conjuntivo que la recubre.

El epitelio se divide en cuatro zonas:

- a) Capa queratinizada
- b) Estrato granuloso
- c) Células espinosas
- d) Células basales

Capa queratinizada. Es la capa superficial, de espesor variable y se adapta muy bien para recibir cierto grado de esfuerzo funcional, el cual suele aumentar su espesor.

Estrato Granuloso: Debajo de la capa queratinizada, se encuen-

tra el estrato granuloso, cuyas células contienen gránulos finos llamados queratohialina, que forman la queratina.

Células Espinosas: Constan de varias capas. Las de las capas más profundas son poligonales, con prominentes puntos intercelulares, en tanto que las capas superiores son aplanadas y se pierden gradualmente.

Células Basales: Forman una sola capa, la más profunda, que recibe el nombre de estrato germinativo, prevalece la mitosis en la capa basal. Las células basales pueden contener también melanina ó gránulos de pigmento que dan una pigmentación oscura. Hay una membrana que separa la capa basal de células y el tejido conjuntivo subyacente.

Lámina propia: El tejido subyacente de la mucosa recibe el nombre de lámina propia. Este tejido se presenta en forma de numerosas proyecciones semejantes a dedos que penetran en el epitelio que lo cubre. Por lo tanto, las proyecciones epiteliales - que se entrelazan con la lámina propia reciben el nombre de espejos epiteliales.

La lámina propia está formada por fibras colágenas bastas que la unen al periostio del hueso alveolar y a las fibras gingivales de la membrana periodontal. También abundan los capilares - que al reflejarse a través le dan su coloración sonrosada.

La encía cubre el periostio de las apófisis alveolares y está adherida firmemente a ellas. Después de extenderse más allá - de las crestas de la apófisis alveolares, la encía está adherida a la membrana periodontal, mas allá de la línea cervical, a diversas partes del esmalte de la corona lo que depende del estado de la erupción clínica. La encía es única al esmalte por medio de la inserción epitelial a la cutícula primaria.

El tejido gingival puede dividirse según su distribución en:

1. Encía marginal o cresta gingival
2. Papila gingival
3. Encía del cemento o insertada
4. Encía Alveolar
5. Tuberosidad gingival
6. Encía palatina

Por sus características normales la encía se divide en:

1. Encía Marginal
2. Encía Insertada
3. Encía Interdental

ENCIA MARGINAL: (Encía Libre). Es el borde de la encía que rodea a los dientes a modo de collar y se haya demarcada de la encía insertada adyacente por una depresión lineal poco profunda, generalmente de un ancho mayor que 1 mm. formando la pared blanda del surco gingival. Puede separársele de las superficies dentaria por medio de una sonda periodontal. El surco gingival es una hendidura o espacio poco profundo alrededor del diente cuyos límites son por un lado la superficie del diente y por el otro lado el epitelio que tapiza el margen libre de la encía tiene forma de "V" la profundidad promedio normal del surco es de 1.8 mm., con una variación de 0 a 6 mm.

Características Histológicas de la Encía Marginal.

La encía marginal consta de un núcleo central de tejido conectivo cubierto de epitelio escamoso estratificado. El epitelio de la cresta y de la superficie externa de la encía marginal es queratinizado, paraqueratinizado o de los dos tipos contiene prolongaciones epiteliales prominentes y se continúa con el

epitelio de la encía insertada. El epitelio de la superficie interna no tiene prolongaciones epiteliales no es queratinizado ni paraqueratinizado y forma el revestimiento del surco gingival. El tejido conectivo de la encía marginal es densamente colágeno llamado también lámina propia y contiene un sistema importante de haces de fibras colágenas, denominadas fibras gingivales las cuales tienen las funciones de mantener la encía marginal firmemente adosada contra el diente proporcionar la rigidez para soportar las fuerzas de la masticación; unir la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía insertada adyacente.

Estas fibras se disponen en 3 grupos:

- a) Gingivodental
- b) Circular
- c) Transeptal

Grupo Gingivodental: Se hallan incluidas en el cemento debajo del epitelio en la base del surco gingival. En superficies vestibular y lingual se proyectan desde el cemento, en forma de abanico hacia la cresta y la superficie externa de la encía marginal terminando cerca del epitelio.

También se extienden sobre la cara externa del periostio del hueso alveolar y vestibular terminando en la encía insertada. También se extiende hacia la cresta de la encía interdental.

Grupo Circular: Estas fibras corren a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdental rodeando al diente a modo de anillo.

Grupo Transeptal: Estas fibras se encuentran situadas interproximalmente formando haces horizontales que se extienden entre el cemento de los dientes vecinos. Se encuentran entre el epi-

telio de la base del surco gingival y la cresta del hueso interdental y a veces se les clasifica con las fibras principales del ligamento periodontal.

ENCIÓN INSERTADA: (Encía adherida). Se continúa con la encía marginal encontrándose firmemente unida a la superficie del diente y al proceso alveolar por medio de bandas fibrosas de tejido conectivo hasta la unión mucogingival que la separa de la mucosa alveolar y se compone de:

- a) Epitelio escamoso estratificado
- b) Estroma de tejido conectivo subyacente

El epitelio a su vez se diferencia en lo siguiente:

- a) Capa Basal cuboidea
- b) Capa espinosa de células poligonales
- c) Componente granular de capas múltiples de células aplanadas con gránulos de queratohialina, basófilos prominentes en el citoplasma y núcleos hipercrómicos contraídos.
- d) Capa cornificada queratinizada, paraqueratinizada, o las dos.

Características Histológicas de la Encía Insertada.

La podemos clasificar histológicamente en tres zonas:

- a) Lámina basal (membrana basal)
- b) Lámina propia
- c) Vascularización, linfáticos y nervios.

Lámina basal. El epitelio se une al tejido conectivo subyacente por una lámina basal de 300 a 400° A de espesor, dicha lámina basal se compone de:

- a) Lámina lúcida.
- b) Lámina densa.

La lámina basal es sintetizada por las células epiteliales basales y se compone de un complejo polisacárido-proteínico y fibras colágenas y de reticulina incluidas.

Lámina Propia. (tejido conectivo de la encía). Densamente colágena, con pocas fibras elásticas, fibras argirófilas de reticulina que se ramifican entre las fibras colágenas y se continúan con la reticulina de las paredes de los vasos sanguíneos.

Está formada por dos capas:

- a) Capa papilar subyacente al epitelio que se compone de proyecciones papilares entre los brotes epiteliales.
- b) Capa reticular contigua al periostio del hueso alveolar.

Vascularización. Existen tres fuentes de vascularización de la encía:

- a) Arteriolar Supraperióstica. Que se encuentra a lo largo de la superficie vestibular y lingual del hueso alveolar.
- b) Vasos del ligamento periodontal. Que se extienden hacia la encía y se anastomosan con capilares en la zona del surco.
- c) Arteriolas que emergen de la cresta del tabique interdentario.

La cicatrización de heridas después de una intervención quirúrgica gingival o como resultado de una herida o de procesos patológicos también está regulada por los fibroblastos gingivales.

ENCIA INTERDENTAL.

Es la porción de la encía que ocupa el espacio interproximal. Cuando la superficie de los dientes contiguos se encuentran en íntimo contacto, la papila interdientaria termina a corta

distancia por debajo del área de contacto, llenando el espacio que separa ambos dientes. Por lo general los bordes laterales y el extremo terminal de la papila interdientaria, se extiende desde la superficie facial hacia la lingual de los dientes adyacentes, constituyendo una continuación de la encía insertada.

Cada papila interdientaria consta de un núcleo central de tejido conectivo densamente colágeno, cubierto de epitelio escamoso estratificado. Hay fibras oxitálmicas en el tejido conectivo del col, así como en otras zonas de la encía.

COL. Está entre las papilas interdientarias vestibular y lingual y está cubierto de epitelio reducido del esmalte, derivado de los dientes cercanos.

Este es reducido en forma gradual y reemplazado por epitelio escamoso estratificado de las papilas interdientarias adyacentes.

B I B L I O G R A F I A

1. Glickman, I.: "Periodontología Clínica". 4a. Ed. Interamericana. México. pp. 2 a 26. 1983.
2. Schluger, S. D.D.S.: "Enfermedad periodontal. Fenómenos básicos, manejo clínico e interrelaciones oclusales y restauradoras". Ed. Continental, S.A. México. pp. 22, 23, 24 y 52.
3. Grieder, A.; Cinotti, W.: "Prótesis periodontal". Vol. I. - Ed. Mundi, S.A. Argentina. pp. 25, 26 y 27. 1973.
4. Grant, A., D.: "Periodoncia, teoría y práctica". 4a. Ed. Interamericana. México. pp. 4 a la 38. 1980.

CAPITULO II

HUESO ALVEOLAR

La apófisis alveolar es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentales. Se compone de la pared interna de los alveolos, de hueso delgado, compacto denominado Hueso alveolar propiamente dicho (lámina cribiforme), el hueso alveolar de sostén, que consiste en trabéculas esponjosas de sostén encerrado en ciertos límites compactos.

La apófisis alveolar es divisible, desde el punto de vista anatómico, en dos partes, pero funcionan como unidad funcional.

Todas las partes están relacionadas en el sostén de los dientes.

Las fuerzas oclusales transmitidas desde el ligamento periodontal hacia la pared interna del alveolo son soportadas por las trabéculas del hueso esponjoso, que a su vez son sostenidas también por las tablas corticales vestibular y lingual.

En la composición del hueso alveolar se encuentran principalmente: calcio y fosfato, junto con hidroxilos, carbonatos y citratos, y vestigios de otros iones como sodio, magnesio y flúor.

Las sales minerales están en forma de cristales hidroxapatita y constituyen aproximadamente el 65% de la estructura ósea.

La matriz orgánica se compone principalmente de colágeno, con pequeñas cantidades de proteínas no colágenas y glucoproteínas fosfoproteínas, lípidos y proteoglicanos, los cristales de apatita están dispuestos con su eje mayor paralelo al eje mayor de las fibras colágenas y se depositan sobre las fibras colágenas en su interior. De este modo, la matriz ósea es capaz de soportar íntimas fuerzas mecánicas en el momento de la función.

OSTEOLOGIA

MAXILAR.

Se estudia dividiéndolo en izquierda y derecha, ó más apropiadamente como un todo, complejo maxilar incluyendo este término al paladar duro, piso y paredes de las fosas nasales, de los senos maxilares, piso de la órbita y de la pared anterior de la fosa temporal inferior.

Su principal función del complejo maxilar es soportar la intensidad de la fuerza de la masticación aminorándola al ser transmitida a las diversas porciones que lo forman. Recordemos que esta fuerza masticatoria se transmite a partir de los alveólos.

Cabe mencionar el hecho de que las estructuras del complejo maxilar son alteradas en pacientes que por largo tiempo han permanecido total o parcialmente edéntulos. Los cambios más frecuentes son Neumatización o crecimiento de los senos maxilares, cambios faciales y afección de los tejidos blandos.

REBORDE ALVEOLAR.

Los rebordes alveolares son porciones óseas del maxilar y de la mandíbula, siendo su función el soporte de los dientes. Con siste de lámina interna y externa de hueso compacto unido por hueso esponjoso donde se localizan los alveólos dentarios.

Los rebordes alveolares crecen por aposición de hueso en las superficies externas, bordes libres y en el fondo de cada alveólo.

Este crecimiento por aposición de hueso depende del crecimiento y erupción de los dientes mismos.

El depósito de hueso que hacen los osteoblastos está equilibra

do por la resorción de los osteoclastos durante el remodelado y la renovación de tejido.

Las raíces de los dientes en desarrollo se alargan, entonces el diente al erupcionar al espacio maxilomandibular lleva consigo el alargamiento del reborde alveolar, por lo tanto, en casos de anodoncia total o parcial el reborde alveolar es deficiente o no crece totalmente.

CAMBIOS POST-EXTRACCION DEL REBORDE ALVEOLAR.

Consideramos como cambios post-extracción a aquéllas variaciones histofisiológicas que ocurren en el alveólo, siendo de gran importancia en la cirugía preprotésica para conocer posteriormente el mecanismo de resorción ósea y cambios que sufre el alveólo bajo estímulos fisiológicos y/o patológicos.

CONSIDERACIONES GENERALES.

La curación de las heridas depende la actividad normal de los tejidos. El hueso es un tejido activo, vital y existe en equilibrio dinámico que preside de sus actividades formativas y de resorción. El hueso se reabsorbe mediante la actividad osteoclástica y el origen de hueso nuevo u osteoide se forma por la acción elaboradora de las células osteoblásticas.

Esta evolución sufre un proceso de calcificación formándose hueso maduro.

La alteración de este equilibrio puede acarrear un desarrollo inadecuado y con el consiguiente retraso en la curación de la herida. La disminución de la actividad de los osteoblastos puede obedecer a varias influencias generales como la edad, la deficiencia de vitamina C, la deficiencia de protefmas y el

efecto de ciertos fármacos como la cortisona.

Los factores generales que tienen influencia sobre la evolución ósea se resumen en el siguiente cuadro:

ANABOLISMO

CATABOLISMO

Actividad osteoclástica

Actividad osteoclástica

Disminuye: Edad
Deficit Vit.C.
Deficit Proteínas
Cortisona
Radiaciones.

Influencias hereditarias.

Aumenta: Hormona estrógena
testosterona
esteroides anabólicos.
Hiperparatiroidismo.

En el proceso de Neofórmación ósea varios cambios ocurren que Weinmann y Sicher han estudiado a nivel histológico, Boyne empleó el efecto fluorescente de la tetraciclina en 1966 y Kohsuke Ohne en 1973 también efectúa un estudio fluorescente con tetraciclina y otros agentes, que demuestran dichos cambios.

Después de la extracción de los dientes, se usaron 3 sustancias para mineralizar tejidos con diferentes colores fluorescentes:

tetraciclina (amarillo); slizarina (rojo) y calcina (verde). - Fueron inyectados a intervalos para conocer en detalle la neofórmación de hueso post-extracción. El proceso se observó por medio de microscopio fluorescente y por microradiografías.

En cuatro etapas se verifica la recuperación del alveólo:

1. Coagulación. Un coágulo de sangre llena de alveólo.
2. Organización. Formación del tejido conectivo joven en el coágulo y reemplazo del mismo.
3. Osificación. Hueso nuevo, fibrilar, se forma por las fibras del tejido conectivo joven y llena el alveólo.
4. Reconstrucción. El hueso inmaduro es reemplazo por hueso maduro.

Inmediatamente después de la extracción de un diente, el alveólo se llena de sangre la cual normalmente se coagula en minutos.

Después del tercer día células endoteliales y fibroblastos provenientes de las paredes del alveólo invaden el coágulo, formando tejido conectivo joven.

Eventualmente el coágulo completo se organiza formando tejido conectivo joven, y capilares. Simultáneamente la superficie epitelial comienza a cubrir el alveólo.

Tercera etapa: Del quinto al octavo día hay formación de hueso, el cual puede ser observado en los espacios superficiales del hueso medular del alveólo. Por el décimo día, hueso nuevo fibrilar e inmaduro comienza a formarse en el alveólo, en el tejido conectivo a lo largo de sus paredes. Al final de la segunda semana, se ha formado hueso nuevo en el fondo del alveólo. Tres semanas después de la extracción, el alveólo está casi lleno de hueso nuevo inmaduro, con restos del coágulo en la porción central. Aproximadamente un mes post-extracción, el alveólo está casi lleno de hueso nuevo inmaduro, con restos del coágulo en la porción central. Aproximadamente un mes post-extracción, el alveólo está completamente lleno de hueso-

nuevo.

Cuarta etapa: Se lleva a cabo con una intensidad variable - que dura meses o años. El stress funcional al cual el reborde alveolar está sujeto, afecta al contorno externo y el patrón - trabecular interno. El hueso inmaduro es gradualmente substi - tuido por maduro, hueso laminado con un patrón trabecular que - se mezcla con el hueso circundante.

Al final de las cuatro etapas, la resorción del hueso progresa sobre la superficie del reborde alveolar estimulado con la re - construcción interna del alveólo. La superficie del alveólo - se vuelve compacta mezclándose con la corteza del hueso adya - cente.

IMPORTANCIA DE LA RESORCION OSEA.

Se ha observado que el nivel de resorción de los rebordes residuales no es igual en todos los individuos. En un grupo de personas desdentadas durante algún tiempo, algunos presentaron poca o ninguna reducción de los rebordes residuales, mientras que otros pueden haber padecido una resorción ósea excesiva.

En el caso del tejido inflamado en la porción anterior del maxilar la pérdida excesiva del hueso generalmente se atribuye a las fuerzas traumáticas ejercidas por los dientes anteroinferiores sobre el reborde a través de la dentadura, e indirectamente al proceso traumático inflamatorio del mucoperiostio.

La pérdida ósea no es estrictamente un problema mecánico, sino también biológico. Seguramente que en sentido mecánico, el hueso existe para la transmisión de fuerzas, mas aún, es un hecho fundamental (Ley de Wolff) que la forma del hueso es afectada en cierto grado por su función.

Esto abre todo un universo de complejos problemas:

Salud, metabolismo celular, nutrición, equilibrio hormonal, - aporte sanguíneo, longevidad de las células, envejecimiento, - síntesis de la colágena, metabolismo del calcio, etc.

La mecánica de la construcción de una prótesis es importante, pero también lo es la otra mitad del problema, la reacción biológica de los tejidos del paciente a la mecánica de la situación. Si realmente deseamos comprender los problemas que presentan los pacientes, nuestro conocimiento, diagnóstico y tratamiento deberá ser pensado siempre en el problema biomecánico.

FUERZAS OCLUSALES Y HUESO ALVEOLAR.

Hay dos aspectos en la relación entre las fuerzas oclusales y el hueso alveolar. El hueso existe con la finalidad de sostener los dientes durante la función y en común con el resto del sistema esquelético, depende de la estimulación que reciba de la función para la conservación de su estructura del hueso alveolar.

El hueso alveolar sufre un remodelado fisiológico como respuesta a las fuerzas oclusales. Los osteoclastos y osteoblastos redistribuyen la sustancia ósea para hacer frente a nuevas exigencias funcionales con mayor eficacia. El hueso es eliminado donde ya no se le precisa y es añadido donde surgen nuevas necesidades.

Cuando se ejerce una fuerza oclusal sobre un diente a través del bolo alimenticio o por contacto con su antagonista, suceden varias cosas, según se la dirección, intensidad y duración de la fuerza. El diente se desplaza hacia el ligamento periodontal resiliente, el cual crea área de tensión y compresión. La pared vestibular del alveólo y la lingual se estiran ligeramente en dirección a la fuerza. Cuando se libera la fuerza, el diente ligamento y hueso vuelven a su posición original.

Las paredes del alveólo reflejan la sensibilidad del hueso alveolar a las fuerzas oclusales.

Los osteoblastos y el osteoide neoformado cubren el alveólo con las áreas de tensión; en las áreas de presión hay osteoclastos y resorción ósea.

Las fuerzas que exceden la capacidad de adaptación del hueso producen una lesión llamada traumatismo de la oclusión. Aunque

las fuerzas oclusales sean en extremo importantes en la determinación de la arquitectura interna y el contorno externo del hueso alveolar, intervienen además otros factores, a saber: - condiciones fisicoquímicas locales, la anatomía vascular y el estado sistémico del individuo.

FACTORES EN LA REDUCCION DE LOS REBORDES RESIDUALES.

Existen factores que reaccionaron entre sí para dar como resultado la reducción de los rebordes residuales. Estos se dividen en ocho grandes grupos:

Anatómicos, metabólicos, dietéticos, elementos inorgánicos, vitaminas, funcionales, roentgenográficos y protésicos.

Factores anatómicos. Anatómicamente, no sólo difiere la configuración externa de los rebordes residuales, en lo que se refiere a forma y tamaño, de paciente a paciente, sino que también existe una diferencia marcada en la estructura externa del hueso variando desde hueso compacto y denso con buena trabeculación, hasta hueso sumamente poroso compuesto por trabéculas delgadas y espacios medulares amplios.

Factores metabólicos. Metabólicamente, partiendo únicamente de factores generales (ya sean hormonales, nutricionales o seniles), la capacidad del hueso para reaccionar a la fuerza varía mucho. En un momento determinado, al colocar una prótesis en la boca del paciente, la capacidad de ese hueso para reaccionar a las fuerzas mecánicas transmitidas a través de la base de la prótesis y del mucoperiostio a la superficie externa del hueso depende la parte de su actividad metabólica.

En un momento dado, la capacidad de hueso para reaccionar a las fuerzas nuevas, puede ser reducida debido a la disminución

del número y actividad de las células osteogénicas y los osteoblastos. Puede haber antecedentes generales de gran actividad osteoclástica que puede ser favorecida por la presión local de la prótesis.

Factores dietéticos. Los alimentos se clasifican en: proteínas, carbohidratos, grasas, elementos inorgánicos y vitaminas.

- a) Proteínas: son necesarias para formar y mantener los tejidos y además para suplir energía.
- b) Carbohidratos: (almidones y azúcares). Proporcionan la mayor cantidad de energía. Están relacionados solo indirectamente con la resorción ósea por medio de la diabetes y por la substitución de -alimentos más favorables.
- c) Grasas: Son sustancias inorgánicas que proporcionan calor y energía, y en un grado menor ayudan a la formación o reparación de tejidos.
- d) Elementos inorgánicos. Sales de Ca. (Carbonato de Calcio y fosfato de Calcio), forman el soporte rígido de los huesos. El fósforo, es la forma de fosfato de magnesio y de calcio, proporciona dureza al hueso.

Anormalidades de los elementos del fosfato de calcio en el torrente circulatorio puede estar asociado con la resorción alveolar o rarefacción.
- e) Vitaminas: Vitamina A. Su deficiencia da como resultado una calcificación pobre de hueso.
Vitamina B. (Complejo B). La deficiencia de la vitamina B está relacionada con la resorción ósea solo cuando la salud general del indivi -

duo está afectada.

Vitamina C. Su deficiencia causa descalcificación del hueso y ha sido la responsable por la atrofia alveolar difusa.

Vitamina D. Su deficiencia altera el balance - calcio-fósforo y promueve la resorción ósea.

Factores funcionales. La magnitud, frecuencia, duración y dirección, así como el punto de aplicación de la fuerza, son factores que determinan si el hueso es "sobrecargado" o sometido a un exceso de tensión.

Factores roentgenográficos. Solo se utiliza con el propósito de descubrir condiciones patológicas, raíces y dientes retenidos o impactados y cuerpos extraños que se encuentran bajo la mucosa alveolar. Este examen también permite estudiar el hueso alveolar. La radiografía ayuda a predecir la rapidez y destrucción del hueso, así como su diagnóstico probable para las nuevas dentaduras.

Factores protésicos. La dirección y cantidad de resorción alveolar afecta no sólo el tamaño de las áreas de soporte de las dentaduras en los maxilares, sino también la relación maxilo - mandibular.

Parece ser que el ajuste apropiado de las dentaduras proporciona un estímulo funcional al reborde alveolar y retarda la resorción que de otro modo ocurriría por falta de función; por lo tanto el uso de una dentadura inmediata reducirá la resorción alveolar.

B I B L I O G R A F I A

1. Atwood, A., D.: "Reducción de los rebordes residuales en---
pacientes parcial o totalmente desdentados". Clínicas Odon-
tológicas de Norteamérica. Octubre. p.p. 741-751. 1973.
2. Bhaskar, S., N.: "Patología Bucal". Ed. El Ateneo. Argentina
p.p. 28, 50, 83, 200. 1971.
3. Del Río de las Heras, Fernando.: "Corrección quirúrgica de-
los rebordes alveolares". Anales Españoles de Odontoestoma-
tología. Madrid. Nov.-Dic. 28:493-501. 1979.
4. Sharry, J., John.: "Prostodoncia total completa". 1a. Ed.-
Toray, S.A. Barcelona. p.p. 106-114. 1979.
5. Osawa, D., J.: "Prostodoncia total". 4a. Ed. U.N.A.M. Méxi-
co. p.p. 95-99. 1979.

CAPITULO III

HIPERTROFIA FIBROMATOSA

En la encía pueden provocar una serie de lesiones que le son exclusivas una de ellas, la fibromatosis difusa y es un proceso necesario recordar dentro de las hipertrofias, como también la gingivitis hipertróficas de las reticulosis, la macrulia por dilantina y la hipertrofia fibromatosa de las tuberosidades.

Si bien la encía está expuesta a inflamaciones en especial en sus porciones libre, interdientaria, también son frecuentes las hiperplasias, pudiendo localizarse, además procesos distróficos, blastomatosas vasculares y malformativas.

Las prótesis pueden provocar en la mucosa bucal una serie de lesiones que le son exclusivas.

Varios autores describen las lesiones que provocan las prótesis de la mucosa bajo el nombre de "Denture sore mouth" como lesiones inflamatorias. Este término a nuestro entender es malo ya que sore tiene distintas acepciones en su traducción castellana: dolor, magulladura, úlcera, llaga, mal, y por ello confunde. Además no todas las lesiones provocadas por la prótesis son inflamatorias como las describen los autores, algunas son hiperplasias simples o hasta crónicas.

Por otra parte las causas de las alteraciones de la mucosa bucal provocadas por las prótesis, pueden ser atribuidas independientemente según los casos, a diversos factores; traumáticos, infección por candida u otros microorganismos, deficiente técnica de exodoncias, obturaciones de conductos glandulares, alergias, alteraciones circulatorias, etc.

Por ello creemos que es mejor no usar el nombre de "Denture - sore mouth" sino el de lesiones provocadas por las prótesis.

ETIOLOGIA.

En la anatomía interna de una dentadura se ocasiona un trauma crónico sobre la mucosa que recubre al proceso, la cual en un intento de defensa crece y por la cronicidad y la histología propia de la región se torna fibrosa, llegando en algunas ocasiones a presentar, según los hallazgos histológicos en focos de calcificación.

Juntamente con las ulceraciones traumáticas, las hiperplasias fibromatosas de los surcos vestibulares y más rara vez lingual (epulis fisurado) son las lesiones de más frecuente observación ocasionadas por la acción irritativa crónica de aparatos protéticos mal adaptados o con los bordes sobreextendidos.

Por lo común, esta patología se debe a la irritación crónica de prótesis que tienen algunos años de uso y que nunca han sido modificadas para adaptarlas a las condiciones cambiantes de los rebordes alveolares.

C A U S A S:

Analizaremos algunas lesiones provocadas por prótesis de la siguiente manera:

1. Lesiones en el paladar:

- a) Palatitis subplaca
- b) Hiperplasia fibromatosa del paladar duro (cámara de succión).
- c) Hiperplasia papilar del paladar duro.
- d) Lesiones traumáticas del paladar en la zona de sellado posterior.

2. Lesiones traumáticas en los surcos Vestibulo - Lingual y -- zonas adyacentes.
 - a) Ulceraciones traumáticas de los fondos de los surcos.
 - b) Hiperplasias fibromatosas de los surcos vestibulo lingual y zonas adyacentes (epulis fisurado).
3. Lesiones de la mucosa bucal al comenzar a usar prótesis - (síndrome inicial protético).
4. Boca dolorosa en los portadores de prótesis.
5. Lesiones por aparatos ortodónticos.
6. Los respiradores bucales pueden presentar hipertrofia gingival por acción mecánica.
7. De origen tóxico es la macrulia (hipertrofia de la encía), - debido al uso de hidantoína en epilépticos.
8. Otra causa de hipertrofia de las encías es la funcional, - por aumento de la función masticatoria.
9. Por enfermedades de la sangre: anemias, manchas policitemias, eritemas, necrosis, hipertrofia, leucemia, inflamación, necrobiosis, úlceras.
10. Metabólicas, diabetes, inflamación necrosis, hipertrofia.
11. Malformativas: épulis congénitos, tumor, nevos celulares, -- manchas, quistes, tumor.
12. Patogenia alérgica: acrílico, novocaína, cosméticos, inflamación, necrosis.
13. Causas físicas: quemaduras, cera, instrumental, cigarrillos, radiaciones, etc.
14. Mecánicas: prótesis, inflamación, úlceras, tumores, etc.
15. Infecciosas: virosa, bacteriológicos, micóticas, etc.
16. Carenciales: hipovitaminosis C, inflamación, hipertrofia, - necrosis, hemorragias.

17. Endócrinas: acromegalia, hipertrofia o elefantiasis, hiperparatiroidismo: tumor, embarazo, inflamación senil, atrofia.
18. Químicas: plomo, fenol, nitrato de plata, aspirina, alcohol tabaco, cemento, cromo, etc.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

La hipertrofia fibromatosa de la encía aparece a temprana edad el color de encía es rosado pálido, de consistencia fibrosa, -dura; indolora, fija o móvil cubre a veces la zona de los terceros molares.

Generada por traumatismos protético se caracteriza por formación de agrandamientos alargados de tejido en la zona del pliegue mucovestibular a los cuales se adapta el flanco de la prótesis. Esta proliferación de tejido puede ser lenta y probablemente, es tanto producto de la resorción del reborde alveolar como del traumatismo generado por las prótesis flojas.

Este pliegue de tejido excedente por lo general no está inflamado desde el punto de vista macroscópico, aunque puede haber irritación y hasta úlceras en la base del pliegue mucovestibular.

La hipertrofia fibromatosa inflamatoria, puede ser pedunculada, ampliamente sésiles, hiperqueratinizados, duras y blandas. Es frecuente que una inflamación secundaria altere más el aspecto superficial y la sintomatología.

En la hipertrofia fibromatosa no hay preferencia por el sexo y se presenta entre la cuarta y quinta década de la vida.

Los pólipos mucosos y de aspecto cicatrizal y formados por colágenos densos solo raras veces regresan espontáneamente por -

lo que suelen extirparse a fin de evitar irritaciones, mejorar la estabilidad de las dentaduras.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Se produce una proliferación de tejido conectivo en especial - de fibras colágenas, acompañada de una intensa neoformación - vascular que da simiológicamente aspecto rojizo a la zona afec-
tada.

Con el correr del tiempo se reduce la neovascularización y se forma en su reemplazo gran cantidad de fibras colágenas disminuyendo el proceso inflamatorio.

Es una lesión papilomatosa, constituida por acentuada hiperplasia de tejido conectivo fibromatoso denso, recubierta por un - epitelio con discreta hiperqueratosis y acantosis del cuerpo - mucoso de malpighi.

La evolución de la lesión es lenta pero constante siempre en - relación con el factor irritativo mientras pasa el tiempo va - aumentando la neoformación de fibras colágenas, de tal forma, - aumenta concomitantemente la consistencia del proceso. El bor-
de de la prótesis puede ser lugar a fisuras o ulceraciones do-
lorosas en el fondo de la proliferación fibromatosa.

DIAGNOSTICO:

Su aspecto clínico y la clara relación con el agente causal - facilitan el diagnóstico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Hiperplasia inflamatoria asociada con leucemia.
- Debida a desequilibrios endócrinos.

- Asociada con enteritis regional (Enfermedad de Crohn).
- Hiperplasias fibrosa de la encía.
- Hiperplasia fibrosa idiopática.
- Hiperplasia fibrosa causada por dilantín.

Hiperplasia inflamatoria (fibrosa). Una de las reacciones -
mas comunes a la prótesis mal adaptadas es la hiperplasia del-
tejido que está en contacto con los bordes del aparato. Esta -
hiperplasia de mucosa bucal no se limita a esta localización,-
sino se genera en muchas zonas donde hay algún tipo de irrita-
ción crónica como en encía, mucosa vestibular y comisuras buca
les.

Granuloma piogénico. Presenta una elevación o crecimiento blan-
do de color rojo púrpura, su superficie es a veces ulcerada y-
la lesión sangra fácilmente.

Histológicamente es compuesta en su mayor parte en tejido de -
granulación muy vascularizado.

Hiperplasia fibrosa. Es una lesión elevada firme, es similar -
a la mucosa adyacente y algunas ocasiones hasta mas roja. His-
tológicamente consiste de tejido conectivo y colágena densa.

Granuloma periférico de células gigantes. Es una tumoración -
blanca color púrpura algunas veces un poco azulado.

Histológicamente es de un gran número de células gigantes mul-
tinucleadas en un estroma fibroso celular y vascularizado.

TRATAMIENTO:

Es necesario eliminar por cirugía la hiperplasia fibrosa infla-
matoria, y confeccionar nuevas prótesis o rebasar las anterio-
res para dar una buena retención. Si la prótesis es reempla-
za-

da o separada, la lesión no recidiva. Sin embargo, no habrá una remisión completa, ni seguirá.

Luego de instalar aparatos nuevos, si bien la regresión de la inflamación produce cierta mejoría clínica de la lesión.

PRONOSTICO:

Es muy bueno. La lesión una vez extirpada, no recidiva si se ha corregido el agente causal, no se ha observado transformación maligna en estos casos de hiperplasia fibromatosa no fisurada por irritación protética.

B I B L I O G R A F I A

1. Grinspan, David.: "Enfermedades de la boca; Semiología, — Patología, Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal. Tomo I.; Ed. Mundi. Argentina. pp. 374, 375, 376. 1980.
2. Osawa, K., J.: "Prostodoncia total". 4a. Ed. U.N.A.M. México, pp. 95, 96, 97, 98, 99.
3. Grinspan, David.: "Enfermedades de la boca", Semiología, Patología, Clínica y Terapéutica de la mucosa bucal. Tomo II. Ed. Mundi. Argentina. pp. 803, 804, 805, 806, 808, 809, 810 811.
4. Gorling, R., I.: "Patología Oral de Thoma". 1a. Ed. Salvat-Editores México. pp. 948 y 949. 1980.
5. Buchner A.; Calderón; S; Ramón y J.: "Localización de lesiones hiperplásicas en la gingiva". Un estudio clínico patológico de 302 lesiones., Rev. J. Periodontol, 1977; Feb. - Vol. 48 (2), pp. 101 a 104.
6. Shaffer, W., G.: "Tratado de Patología bucal", 1a. Ed. Intamericana. México. p.p. 22, 506, 507. 733 y 734. 1977.

CAPITULO IV

ALTERACIONES CAUSADAS POR HIPERTROFIA FIBROMATOSA

a) ALTERACIONES FACIALES:

Las alteraciones en el aspecto de la cara y del cuello (que en parte se deben a las arrugas) se atribuye principalmente al - agrupamiento característico de los tejidos de la piel, hasta - formar pliegues y bolsas. Este debilitamiento de los tejidos - faciales ocurre por pérdida de elasticidad de la piel y atro - fía de la musculatura de control facial.

Los músculos faciales de la expresión y en parte los músculos - de la masticación, intervienen en el mantenimiento del control facial en relación a su volumen, y cuando este se reduce por - atrofia, aparece con frecuencia una fibrosis asociada que pro - duce como resultado un acortamiento de las fibras y un cambio - en el soporte estructural.

MUSCULATURA DE LA CARA:

La musculatura, el grosor de los tejidos juegan un papel impor - tante en la apariencia de los labios.

La expresión facial depende de los movimientos musculares, los músculos faciales están en un sistema que les permite funcio - nar solos o en grupos. Los problemas patológicos y dentales - pueden distorsionar la expresión facial.

Algunos de estos problemas pueden ser corregidos o mejorados - con procedimientos reconstructivos. Si el paciente no hubiese - tenido tratamiento dental o no usó prótesis dentales durante - un largo período, la disfunción muscular puede ser tan extensa

que aún los mejores procedimientos reconstructivos no eliminarían adecuadamente las distorsiones faciales pronunciadas.

Es necesario tener conocimiento de los músculos faciales de como funcionar para entender la expresión del rostro y la posición de los labios, también llamados músculos cutáneos.

Este grupo de músculos se localiza en la aponeurosis del cuello y la cara, con excepción del músculo buccinador, que no posee ninguna fascia y están comprendidos de la siguiente manera:

a) Orbicular de los ojos:

Rodea a la abertura palpebral como un amplio anillo, está dividido en una porción palpebral, situada en los párpados, y en otra porción orbitaria, periférica con respecto a la anterior, la inserción ósea de las fibras musculares se concentra en el ángulo interno del ojo. Este músculo interviene en el cierre de los párpados.

b) Frontal:

Sus fibras se insertan en la piel situada por encima de las cejas, es el músculo de la frente, produce las arrugas de sorpresa y eleva las cejas.

c) Cigomático:

Se inserta en el hueso malar por delante de la sutura cigomático-temporal y se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante para encontrarse con la comisura de los labios. Este músculo tracciona las comisuras de la boca hacia arriba y afuera para la sonrisa.

d) Canino:

Se origina en la fosa canina, siguiendo una línea que parte

de la apófisis piramidal o cigomática del maxilar superior a la base del borde alveolar y el agujero infraorbitario. Después desde este punto se dirige hacia adelante y abajo, y termina encima de la eminencia canina. Las fibras del músculo se dirigen hacia abajo y hacia afuera y junto a la comisura bucal penetran en el nódulo muscular. El canino eleva y mueve medianamente las comisuras bucales; puede ser usado para exponer el canino, expresar disgusto o desprecio.

e) Músculo nasal:

Es la porción superior del músculo nasal; envuelve con sus fibras, desde atrás y arriba, la raíz del ala nasal y se irradia en abanico por el dorso de la porción móvil de la nariz. Este músculo comprime el ala y deprime la punta de la nariz como cuando se huele mal.

f) Músculo Mentoniano:

Se inserta en la mandíbula en las eminencias alveolares del canino e incisivo lateral y en la vertiente externa de la eminencia alveolar correspondiente al incisivo central.

Este músculo es el responsable de las arrugas del mentón como en casos de duda o desdén; dobla el labio inferior en el disgusto.

g) Músculo Cuadrado de la barba:

Se inserta en la cara externa de la mandíbula, desde el tubérculo mentoniano hasta el plano del primer molar. Se dirigen hacia arriba y adentro y se insertan posteriormente en la piel del labio inferior. Este músculo desplaza hacia abajo y afuera el labio inferior, como en expresión de ironía y produce una "bajada" de la expresión de la boca como en el llanto.

h) Músculo Triangular:

Su inserción inicia en el labio externo del borde inferior de la mandíbula desde el tubérculo mentoniano hasta el plano situado por detrás del primer molar, donde termina la mitad interna del músculo cutáneo, con cuyos haces alternan los del triangular. Su función es deprimir las comisuras de la boca en la duda o concentración.

i) Músculo Risorio de Santorini:

Se origina en la región del borde anterior de la parótida - mediante haces aislados los cuales parten de la fascia paratidomacetérica. Su función es retraer las comisuras produciendo expresión de disgusto o mueca grotesca.

j) Músculo Cutáneo del Cuello:

Es el músculo del énfasis, distorsiona la parte inferior - del rostro en miedo, terror, agonía y horror.

Las extracciones dentarias múltiples, la edad avanzada son las principales causas de reabsorción ósea en maxilar y en mandíbula con una reducción del tamaño de las estructuras subyacentes. Esto produce cambios característicos si la apariencia de los tejidos blandos alrededor de la boca, con relajación, arrugamiento colapsamiento de los labios y comisuras bucales.

En esa relajación de los tejidos blandos alrededor de la cara, en el transcurso de la edad se produce cambios similares en boca que impiden arreglos dentales y obstaculizando sus mejores resultados.

Frecuentemente es necesario, por lo tanto que las restauraciones dentarias y quirúrgicas vayan juntas para alcanzar el mejor resultado en el paciente.

En muchos casos es difícil saber como influyen los dientes — en los movimientos labiales. Existen testimonios que muestran que el sector posterior colapsado o la gran reacomodación de — dientes anteriores puede afectar las pautas de movimiento de — los músculos faciales. Se puede pensar que en presencia de los dientes naturales, los músculos adoptarán ciertas pautas de — movimientos a ciertas funciones, sin embargo, la pérdida de — los dientes las afectará. Además, cuanto más tarde el paciente en sustituir la dentadura perdida, más completamente perderá las pautas musculares originales.

Reborde Alveolar.

La ubicación del reborde alveolar contribuye a la apariencia — facial. Muchas deformaciones faciales proviene de malformaciones del reborde alveolar producido por malas posiciones, extracciones, reabsorción ósea externa, retrusión o protrusión — causan tantos problemas como la protrusión del mismo.

Dientes perdidos tempranamente causan la reabsorción alveolar — durante un período de años. Cuando esto ocurre, la posición — de los dientes en una prótesis es muy importante. Puede ser — necesario colocarlos en inclinación labial, dependiendo de la — relación de los dientes anteriores con los labios. Un correcto apoyo labial es esencial para compensar la posición retruida — de los rebordes y el subsiguiente perfil facial alrededor del — área de la cavidad bucal.

Dimensión Vertical.

La pérdida de la dimensión vertical puede ser una importante — causa de caída del labio y dar al rostro una apariencia tensa. Si los pacientes pierden sus dientes posteriores y no los reemplazan, la pérdida de la dimensión vertical puede ocurrir pre-

maturamente. Es importante para la cavidad bucal tener su dimensión vertical original.

Por último, el odontólogo está en óptimas condiciones para diagnosticar anomalías que pueden alterar expresiones faciales. El dentista debe conocer los tipos de correcciones que pueden ser realizados por él o por especialistas en prostodoncia y cirugía.

B) PATOLOGIA DE ORIGEN DENTAL EN SENOS MAXILARES.

Los senos paranasales son cavidades cubiertas de mucosa respiratoria y en parte comunica una pequeña apertura con la cavidad basal.

Los senos maxilares que son bilaterales están situados dentro del cuerpo de la maxila, están en una estrecha relación con los dientes del maxilar posterior, y como resultado de esta posición favorece el foco de atención para el cirujano dentista.

Los dientes bicuspídeos y los primeros molares superiores tienden a caer en el fondo de cada seno maxilar mientras los molares remanentes pueden tener una capa de tejido óseo separando las raíces del revestimiento.

En algunos pacientes se puede notar que el ápice de las raíces está en contacto con la mucosa del antrum.

En cirugía oral no es usual ver pacientes con desarrollo de senos maxilares en condiciones aceptables, extensión de infección dental, complicaciones de extracciones dentarias, proliferación de tumores y en casos de trauma donde la tercera mitad del esqueleto facial es fracturado.

La inflamación de la mucosa que recubre el seno del maxilar - es lo que constituye la sinusitis. Se debe la mayoría de las veces a propagación de inflamación de la mucosa nasal. El paciente del catarro desde algún tiempo, siente repentinamente - obstrucción de la nariz; el carrillo tenso, pesado; el ojo - algunas veces doloroso, la región suborbitaria sensible a la - presión los dientes destemplados, pero al contrario de la sinu- sitis frontal, no siente neuralgias violentas. Estos síntomas aumentan o disminuyen según se expulse o no el pus que se co- lecta en la cavidad.

Según su evolución hacia la supuración, se consideran sinusi- tis húmeda o empiema y sinusitis crónica. En el primer caso se trata de un molar superior cariado, que ha interesado la pulpa y ha ido hasta el ápice, y al tratar la cavidad, o el obstruir se accidentalmente por los alimentos, se obstruye el orificio- de la caries, haciendo una cavidad cerrada que aumenta la viru- lencia de los gérmenes, interesa la pequeña lámina de hueso - que cubre el ápice, y por tanto la mucosa, formando un absceso submucoso o subperióstico, que atravesando la pared externa - del alveólo y la mucosa, se vacía en plena cavidad, constitu- yendo así el empiema, que fácilmente puede mejorar y aún curar si al hacer la extracción de la pieza sirve el trayecto de sus raíces de canalización al pus colectado. Es importante tener - presente que corresponde ya a los dos primeros molares y a los tres últimos solamente; ya que los premolares pueden estar se- parados del seno nasal por una capa de tejido compacto bastan- te gruesa.

Una caries dentaria sin formar un absceso en el ápice puede - producir la lesión del seno cuando un quiste radicular existe- en la pieza cariada y al hacer la extracción no es raro que -

con la pieza se lleve un fragmento de lámina huesosa, y aún -- la porción de mucosa que cubre al quiste.

Las artritis apicales o las poliartritis superiores pueden ser causa de sinusitis cuando la osteomielitis o los abscesos apicales se presenten como complicación de estos padecimientos y ellos a su vez produzcan lesiones ya del hueso o de la mucosa del piso del seno maxilar.

Síntomas:

Frecuentemente es un enfermo cuyo primer molar está cariado y que después de mucho tiempo de no tener dolores hay dolor a la presión y el dolor lo siente al nivel de la raíz; el carrillo está abultado, hay calor al nivel de la nariz correspondiente y repentinamente el paciente siente que le escurre pus por esa nariz, y al sonarse o al cambiar bruscamente de posición.

Se extrae el diente o el molar y siente un gran consuelo, la supuración nasal disminuye y aún en algunos días puede verse-- curado el paciente, pero otras veces no hay tal pieza cariada, y el pus permanece durante el tiempo más o menos largo hasta que se interviene o pasa al estado crónico y llena al seno de fungosidades, disminuye la cantidad de pus, continuando los signos funcionales, pasando a ser este padecimiento del reporte exclusivo del especialista.

La sinusitis crónica sucede a una sinusitis aguda, el hecho de que pase de aguda a crónica se debe principalmente a la dificultad que existe para canalizar esa cavidad, ya que el orificio único por donde puede verificarse la salida del pus es demasiado alto y por tanto, favorece el estancamiento del pus en contacto constante con el piso del seno, lo que hace que después de un tiempo más o menos largo la mucosa pierda su epite-

lio, se engruese considerablemente se infiltre de celdillas - redondas y presente fungosidades que se sitúan al nivel del pi - so y puedan llenar la totalidad del seno. Son blandas, sangran fácilmente, supuran poco pus mal unido, de mal olor, y no es - raro ver, además del pus, concreciones caseosas. Las paredes - también son atacadas, la osteítis del piso se encuentra con - más frecuencia cuando la sinusitis es de origen dentario; la - bóveda del seno es atacada pocas veces, por tanto las complica - ciones orbitarias son raras.

La sinusitis puede quedar indefinidamente estacionaria, o pue - de complicarse de un flemón del carrillo o fístulas del seno y pocas veces puede invadir la órbita.

Para hacer el diagnóstico de la sinusitis hay que hacer la - rinoscopia. Se aconseja hacer la punción por la vía nasal en - la parte más inclinada del seno, para extraer pus y comprobar - así la presencia de la sinusitis.

Diagnóstico:

El dolor de los molares es un síntoma muy común de senos infec - tados.

Este es un resultado de una estrecha relación entre los ner - vios que abastecen los dientes superiores y el revestimiento - de los senos maxilares.

Los nervios superiores alveolares suministran fibras sensiti - vas a los tejidos dentarios, corren en la pared de los senos y en el grupo de corta edad son separados de los senos por una - delgada capa de hueso.

Con el aumento de edad la pared interna de los canales resorbi - dos resultan en la separación del revestimiento del seno y de -

los nervios por su T.C. Durante la inflamación de esta área, los nervios suplentes del tejido dental serían afectados y el resultado final sería doloroso parecido a la pulpitis.

En el examen clínico, se encontraría que todos los dientes -- en el área afectada son hipersensitivos sin patología.

En el diagnóstico diferencial del dolor en la región molar del maxilar uno debe considerar condiciones como la neuralgia del trigémino.

Normalmente el cirujano dentista durante el examen clínico es capaz de averiguar o indagar la causa de la infección del diente o algún procedimiento quirúrgico conectado con un diente.

En algunos dientes se observó que las causas dentales de infección en senos fue en un promedio de 40%, factores como estado de salud de los senos accesorios deberían ser considerados para el diagnóstico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE QUISTE Y SENO MAXILAR.

CLINICAMENTE:

QUISTE	SENO MAXILAR
1. Tumefacción palpable en bucal y palatinal.	1. Ninguna tumefacción al comparar por palpación los dos lados.
2. Crepitación apergamina- da; de presibilidad o fluctuación al presionar sobre la tumefacción.	2. Las paredes del seno maxilar son firmes, generalmente de presibles.
3. Secreción amarillenta del conducto radicular al abrir el diente.	3. Si faltan los dientes puede haber un quiste residual.
4. Flujo del líquido quístico después de la extracción del diente.	

5. En la secreción desde el conducto o de la herida de extracción hay cristales de co~~le~~lesterina brillantes.

Punción del quiste en caso de cubierta ósea delgada o ausente. (no hay que emplear una cánula demasiado fina).

QUISTE

SENO MAXILAR

1. Al aspirar viene secreción fluida o espesa. (cristales de co~~le~~lesterina).
 1. Puede aspirarse únicamente - aire con la jeringa.
-

Abertura de prueba.

QUISTE

1. La cavidad está llena de - líquido (cristales de co~~le~~lesterina).
 1. La cavidad contiene aire. - Efecto de soplar positivo.
-

RADIOGRAFICAMENTE.

QUISTE

SENO MAXILAR

1. Diente muerto, cuyo espacio periodontal se pierde en el quiste.
1. Dientes son vitales; periodon~~to~~to no alterado.
2. Desplazamiento de las raíces de los dientes vecinos (dientes al lado del diente muerto con quiste).
2. Comparando los dos lados, el lado sano presenta un seno maxilar del mismo tamaño.
3. La radiolucidez es a menudo circular.
3. El nicho desdentado puede simular un quiste.
4. La radiolucidez es convexa hacia arriba.
4. La radiolucidez es cóncava - hacia arriba.
5. Sombra cupuliforme del seno maxilar, en la radiografía de todos los senos.
5. Ensombramiento, por lo general, no se encuentra en estas radiografías de conjunto.

6. Desplazamiento total o - parcial de las paredes - del antro. La línea del - piso del antro está inte- rrumpida o empujada hacia arriba.
7. El borde del quiste reab- sorbe igual o menos canti- dad de rayos, que la ve- cindad ósea en dirección- hacia el proceso alveolar quiere decir, como límite del quiste generalmente - no se encuentra una zona- de densificación ósea.
6. El borde del nicho del seno- maxilar reabsorbe más rayos- que la vecindad ósea del se- no maxilar quiere decir, se- presenta como delimitación - hacia el proceso alveolar, - una delgada zona de condensa- ción ósea.

C) PAATOLOGIA DE ORIGEN SISTEMICO:

Las condiciones ambientales y las anatómicas adquieren gran importancia en las relaciones diversas entre las enfermedades -- bucales y sistémicas. Y como resultado de las condiciones locales de la cavidad bucal, los cambios en la lengua, la mucosa - bucal y los tejidos de sostén de los dientes son regularmente la primera indicación de un proceso patológico. Esto es particularmente cierto en muchas deficiencias nutritivas, transtor- nos endócrinos, discracias sanguíneas y algunas enfermedades - degenerativas crónicas. Los cambios en la lengua, la mucosa - bucal y el aparato sustentador del diente tiene tanta importancia y son más fácilmente observados por el clínico.

El conocimiento de las lesiones de la mucosa bucal, la lengua- y los dientes y sus tejidos de sostén asociados con enfermeda- des generales, ha aumentado considerablemente. El dentista debe determinar primero si las lesiones bucales son de etiología focal; y por lo tanto si su importancia es solo regional.

Nutrición y las estructuras bucales:

Los tejidos bucales son afectados desde la iniciación de las - enfermedades causadas por deficiencias nutritivas, mientras - los tejidos bucales sean nutridos en forma apropiada soportan- los traumatismos intensos y repetidos a los que normalmente -- están sujetos. Por el contrario cuando sufren deficiencias nu- tritivas, mantienen difícilmente su integridad.

Existen lesiones que se complican invariablemente por infeccio- nes añadidas que alteran el aspecto y la evolución de la le -- sión nutritiva de fondo como son los irritantes físicos, térmicos o microbianos.

Las deficiencias nutritivas se dividen en dos grandes grupos:

a) Desnutrición primaria: en donde hay una deficiencia ingestión aunada a una precaria absorción o utilización de los nutrientes, dependiendo de la carencia de uno o varios nutrientes, las alteraciones bioquímicas, funcionales y las manifestaciones clínicas son diversas pero el común denominador es la disminución del crecimiento y del desarrollo.

Se sabe también que muchos procesos bucales observados en los niños son producidos por enfermedades sistémicas.

b) En la desnutrición secundaria el balance nutricional negativo se produce por estados patológicos que interfieren en la digestión, absorción, asimilación o almacenamiento de los nutrientes.

Las alteraciones de la mucosa de las mejillas durante las deficiencias de las vitaminas del grupo B y las anemias nutricionales son causa común de aflojamiento de las dentaduras artificiales que previamente estaban bien adaptadas sobre todo en enfermos sin dientes. La palidez de la mucosa de las mejillas, junto con vesículas pequeñas, rodeadas por zonas de eritema, se presentan en muchos casos de anemia por deficiencia de hierro. En las fases avanzadas de la deficiencia se ve hiperplasia e hiperqueratosis de la encía, leucoplasia e infecciones graves de la mucosa de las mejillas. Así pues, mientras la desnutrición crónica conserva los dientes, el deterioro de los tejidos de sostén de los dientes causa la pérdida temprana de ellos.

ANEMIA.

Se refiere a cualquier deficiencia en la cantidad o calidad de la sangre que se manifiesta en disminución del número de glóbulos

los rojos y de la cantidad de hemoglobina, puede ser consecuencia de la pérdida de sangre, formación defectuosa de la sangre o mayor destrucción sanguínea. Puede ser aguda, como en un traumatismo grave, o crónica, como por una úlcera gastrointestinal, o excesiva, como en la menorrea. La formación defectuosa de sangre se debe a:

- a) Deficiencia de proteínas, hierro o vitaminas hematopoyéticamente activas, ácido fólico, vitamina B₁₂, piridoxina, Vit. C y Vit. K.
- b) Depresión de la actividad de la médula ósea por toxinas, - sustancias químicas como sulfonamidas, agentes físicos como rayos X o interferencia mecánica como una enfermedad -- neoplásica.
- c) Causas desconocidas, como la anemia aplásica. La mayor destrucción sanguínea o anemia hemolítica se debe a infecciones o productos químicos o a causas intrínsecas.

Según la morfología celular y el contenido de hemoglobina, las anemias se clasifican en:

- a) Anemia hipercrónica macrocítica o anemia perniciosa.
- b) Anemia hipocrónica microcítica o anemia por deficiencia de hierro, y
- c) Anemia hormocrónica normocítica o anemia hemolítica, llamada también anemia aplásica.

- a) Anemia hipercrónica macrocítica. (Anemia perniciosa o de Addison).

Es más frecuente en personas mayores de 40 años. Ambos sexos son atacados de igual manera. La enfermedad, de instalación insidiosa, se caracteriza por síntomas relacionados con los del sistema nervioso, cardiovascular y gastrointes-

tinal.

La triada común de síntomas comprende entumecimiento y hormigueo de las extremidades, debilidad y lengua sensible. Se caracteriza por descenso pronunciado de la cantidad de eritrocitos (1'000,000 por ml^3) e indica el color elevado (1.5); descenso de la cuenta de hemoglobina; descenso del número de plaquetas (40,000); disminución del número de leucocitos, anisocitosis, poiquilocitosis y policromatofilia, y la presencia de eritrocitos que contienen núcleos o fragmentos nucleares.

Alteraciones Bucales:

Hay cambios en la encía, en el resto de la mucosa bucal, en labios y lengua, la cual está afectada en un 75% de los casos.

La encía y la mucosa están salidas y amarillentas, y son susceptibles a la ulceración. La lengua está roja, lisa y brillante, debido a la atrofia uniforme de las papilas fungiformes y filiformes. La lengua se encuentra sensible a alimentos calientes o condimentados, y la deglución es dolorosa. Los pacientes se quejan de que sienten la lengua en carne viva y hay sensación de entumecimiento y ardor. La atrofia de la lengua puede ser una manifestación de la deficiencia del complejo de vitaminas B, palidez en encía con una amplia variedad de cambios inflamatorios, según sea la naturaleza de la irritación local. La anemia perniciosa es cíclica, con períodos libres de síntomas. Las remisiones pueden durar poco tiempo o años, pero la glositis de la anemia perniciosa persiste en todas las remisiones, salvo en la completa. La exacerbación de la glositis puede ser un signo de recaída.

b) Anemia hipocrómica microcítica: Esta forma de anemia tiene su origen en una deficiencia de hierro y otras substancias que intervienen en la producción de hemoglobina, se produce en la pérdida crónica de sangre y está asociada a la ingestión o absorción inadecuada de hierro. Se observa con mayor frecuencia en mujeres; debilidad, fatiga y palidez son características clínicas notables. Se caracteriza por un descenso moderado del número de eritrocitos (3'000,000) descenso del índice de color (0.5) y aumento de plaquetas (500,000) y reducción de la hemoglobina.

Alteraciones bucales:

Existe atrofia del hueso alveolar e inflamación de la encía palidez de la mucosa gingival y de la lengua, seguida de eritema del borde lateral de la lengua con atrofia papilar y pérdida de tono muscular, aparecen áreas de inflamación gingival de color rojo púrpura en contraste con la palidez gingival adyacente.

Al principio, hay eritema del borde lateral de la lengua, seguido de palidez y atrofia papilar, con pérdida de tono muscular normal.

c) Anemia normocítica, normocrómica. Es una alteración hereditaria que se caracteriza por presentar anemia hemolítica, esplenomegalia, eritrocitos nucleados en la sangre periférica y lesiones esqueléticas generalizadas. Los cambios en el esqueleto son mínimos o no existen durante el primer año de vida.

La osteoporosis característica de la enfermedad se produce temprano en la niñez y va seguida de esclerosis.

Las alteraciones óseas más características se registran en los metacarpianos y fémures. La neumatización de los senos

paranasales está retrasada.

Alteraciones bucales:

Hay palidez, cianosis de la mucosa, maloclusión marcada, - debido al crecimiento exagerado del reborde alveolar del - maxilar superior, hay separación de los dientes y por lo --- tanto, hay espacios interproximales grandes.

Radiográficamente, revela la rarefacción generalizada de -- los maxilares y la alteración del patrón trabecular, formando un enrejado irregular, con obliteración de la cortical - alveolar, en algunas zonas.

- c) Anemia drepanocítica: Esta es una forma hereditaria y familiar de anemia hemolítica crónica que se produce casi exclusivamente en negros. Se caracteriza por palidez, ictericia debilidad, manifestaciones reumatoides, úlceras en las piernas y ataques de dolor agudo. Es más frecuente en mujeres.

Alteraciones bucales:

Incluyen osteoporosis generalizada en los maxilares, registrada en un 80% de los casos, con una disposición peculiaren forma de escalones de las trabéculas del tabique inter dental, palidez y coloración amarillenta de la mucosa bucal.

B I B L I O G R A F I A

1. Osawa, D., J.: "Prostodoncia total". 4a. Ed. U.N.A.M. México. pp. 138. 1980.
2. Quiroz, F.,: "Patología Bucal". 5a. Ed. Porrúa, S.A., México. pp. 447, 448, 449, 450, 451., 1979.
3. Shaffer, W., G.: "Tratado de Patología bucal", 1a. Ed. Interamericana. México. pp. 512, 513, 514, 515, 1977.
4. Glickman, I.: "Periodontología Clínica". 4a. Ed. Interamericana. México. pp. 526, 527, 528. 1983.
5. Velázquez, T.: "Anatomía Patológica Dental y Bucal". Ed. La Prensa Médica Mexicana. México. pp. 327. 1977.

CAPITULO V.

CIRUGIA PREPROTESICA Y PROSTODONCIA.

Una de las especialidades con la que mas frecuentemente está ligada a la Prostodoncia es la cirugía bucal y maxilofacial.

Es frecuente observar que aún existen muchos odontólogos que realizan extracciones en forma descriteriada, sin pensar en que posiblemente ese enfermo tenga que usar en un futuro próximo o remoto prótesis en el sitio o sitios de extracción, realizan las avulsiones sin proteger en lo más mínimo al hueso alveolar lo que va a ocasionar que ese hueso sufra una remodelación inadecuada, retracciones o bien exostosis, problemas tales que redundarán en la dificultad de elaborar las dentaduras artificiales.

También muchos pacientes edéntulos han sido portadores de prótesis mal realizadas, lo que repercutirá severamente en un serio desajuste, tanto de los tejidos duros como lo de los blandos, que opondrán serios obstáculos en la fabricación de nuevas dentaduras.

Podemos mencionar otros procesos patológicos que obligarían la interconsulta entre prostodoncia y cirugía, tales como tejidos blandos hiper móviles, hipertrofiados, etc., presencia de sopores óseos hipertróficos (torus, exostosis, etc.) y por último una de las necesidades mas frecuentes de dicha interrelación, que es la prótesis inmediata, en donde los procesos deben ser preparados por medios quirúrgicos (exodoncia, alveolotomía, alveoloplastia, regularización de tejidos blandos y duros, etc.), para que inmediatamente terminada la cirugía sean colocados los aparatos protésicos y así ayudar psicológica y fun -

cionalmente a nuestros pacientes haciendo que permanezcan un tiempo mínimo sin dientes.

En los últimos años, se han venido modificando las técnicas quirúrgicas y se ha creado una nueva disciplina, la cirugía preprotésica, la cual se encarga de preparar las bocas destinadas a usar cualquier tipo de prótesis y crear un medio ambiente lo mas acercado a lo ideal, tal es el caso de las arcadas con extensas exostosis de cualquier tipo, piezas retenidas las cuales se tratarán en conjunto con el ortodoncista, lesiones que lo ameriten, desarmonías de arcadas o cualquier tipo de deformidad o desarmonía que sea corregible quirúrgicamente. Con esto no quiere decir que siempre se hará uso de la cirugía, pero si es un buen recurso más.

La prótesis tiene como principales objetivos: estética, fonética, estímulo y masticación y para obtener un óptimo resultado, deberán ser estudiadas y consideradas todas las formas de restauración y si se necesitara una intervención quirúrgica cualquiera, deberá ser discutido y considerado con el paciente, debido a su grado de dificultad, sus ventajas y desventajas y los posibles problemas asociados posteriores.

A) REVISION DE TEJIDOS.

Un estudio clínico de los tejidos del desdentado total es tan importante para la realización de cualquier cirugía o fabricación de una prótesis ya que el examen de los tejidos podrá determinar la posible presencia de restos radiculares o fibrosis provocada por prótesis mal ajustadas, además del examen se harán preguntas como: ¿cuándo se hizo la última extracción?., para calcular el tiempo de cicatrización necesario, ¿usó antes dentaduras artificiales?, para especular sobre las habilidades

protéticas del paciente.

El cirujano dentista debe ver y conocer todo ese complejo anatómico que se va a relacionar con la prótesis, para saber como actuar, qué puede aprovechar, cuándo y cómo; que debe considerar elementos negativos y cuáles positivos; cuándo es indispensable realizar cirugía preprotésica y cuando no lo es.

Un examen sistemático de cavidad bucal es sencillo, el instrumental es mínimo y solo requiere de 2 a 3 minutos.

Examen clínico:

Para un diagnóstico correcto se requiere:

- a) Interrogatorio
- b) Examen físico detallado (inspección, palpación, percusión y auscultación).
- c) Exámenes de laboratorio (radiografías, citología exfoliativa, biopsia, etc.).

Todo examen debe ir acompañado por los demás medios clínicos, para llegar a un diagnóstico correcto y por lo tanto a un tratamiento adecuado.

Interrogatorio. La exploración clínica se lleva a cabo por medio del lenguaje, sirve para orientarse sobre la localización, principio, evaluación, estado actual y terreno en que se desarrolla el proceso patológico. Puede ser directo cuando se hace el enfermo mismo; recibe también el nombre de Anamnesis; e indirecto el cual, debido a diversas circunstancias nos basamos en los datos suministrados por personas allegadas al paciente.

Inspección. Es el procedimiento de diagnóstico por medio de la vista. Proporciona datos referentes a la actitud y caracte-

rísticas de la patología como: forma, volumen, color, consistencia y movilidad, puede ser simple o directa y es la que practicamos observando a simple vista lo que podemos percibir. Y la inspección instrumental o indirecta y es aquella en la cual nos ayudamos de instrumentos.

Uno de los detalles más importantes que debemos cuidar al hacer una inspección, es el de tener luz suficiente y evitar hacer sombras nosotros mismos.

Palpación. Nos proporciona datos como la sensibilidad, consistencia, temperatura de la o las lesiones. Es digital.

Percusión. Se percute ligeramente con el otro extremo de la pinza, es otro de los procedimientos de diagnóstico en la cual nos interpreten dos signos: el timbre y el dolor producido.

La transiluminación. Es un adjunto importante en el examen oral, consiste en pasar un haz de luz a través de los tejidos blandos y duros y observar su proyección.

En cavidad bucal debemos de recorrer tres tipos de mucosa bucal:

- 1) Mucosa masticatoria, es la que recubre las encías y el paladar duro, está sujeta al roce y presión de los alimentos.
- 2) Mucosa de revestimiento, constituye la capa protectora que reviste los labios, los carrillos, el surco vestibular, el reborde residual superior e inferior, la superficie de la lengua y el paladar blando.
- 3) Mucosa especializada, situada sobre el dorso de la lengua.

Durante el examen físico local se examinarán manual y visualmente las condiciones de los tejidos bucales y peribucales; por palpación, descubrir crecimientos ocultos o zonas de sensi

bilidad. Hay que observar los movimientos musculares, la --- función anormal o asimétrica de la lengua, labios y paladar - blando. Se examinarán las mucosas de los labios, carrillos, - paladar, lengua y piso de boca, para descubrir úlceras, tejido hiperplásico, zonas de queratosis y otras lesiones. Al exami - nar los rebordes residuales anotar la presencia de retenciones óseas, forma y estructura general de los rebordes o filosos.

En el maxilar superior se debe observar la inserción de bri - das o frenillos.

Una vez hecho el estudio de la forma con los dedos y del tama - ño del reborde alveolar anterior, debemos considerar la posi - ble necesidad de corregir quirúrgicamente uno que se encuentre demasiado prominente, que no nos permitirá la pronta coloca - ción estética y correcta de los dientes y dificultará el talla - do de la encía vestibular.

Es conveniente que ya, durante el examen clínico el profesio - nal se familiarice con la línea de inserción de los tejidos -- blandos, esta línea es también llamada línea cero anatómica y - es la que separa los tejidos móviles de los tejidos fijos.

El tejido fijo, tiene generalmente un color rojo pálido más - blanco que el tejido móvil que a su vez es de color más rojo vivo o violáceo.

En el caso del maxilar inferior, no existen en general zonas - retentivas en grado suficiente, como para ocasionar serios pro - blemas de impresión o de construcción de la prótesis. En algu - nos casos ciertas irregularidades del reborde alveolar en la -- zona anterior, parecería indicar la conveniencia de una reac - ción quirúrgica, pero salvo que la anomalía sea muy exagerada.

Se observará y se inspeccionará la prominencia de la línea --

oblicua interna cuya exageración nos estará ya indicando la imposibilidad de extendernos debajo de ella.

Por el lado vestibular, una línea oblicua externa bien marcada nos facilitará la delimitación correcta, también debemos observar la tonicidad y la posición del músculo buccinador. Una tonicidad escasa, acompañada por la presencia de un repliegue del músculo buccinador nos dará la posibilidad de obtener mejor adosamiento y extensión, para lograr así un sellado posterior de mucho valor en la retención final.

Se observarán las inserciones de bridas y frenillos en el maxilar inferior, se apreciará la línea cero anatómica que establece el límite entre los tejidos movibles y fijos.

B) PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS CORRECTIVOS.

La preparación quirúrgica adecuada de la boca edéntula con fines prostodónticos tiene el objeto de corregir las formas anatómicas a las conveniencias de una capacidad máxima de soporte y retención para la prótesis completa.

Existen cuatro normas a seguir en las relaciones quirúrgicas - protéticas:

- 1) Toda extracción debe ser considerada cirugía protética.
- 2) Las indicaciones quirúrgicas absolutas no pueden ser alteradas por consideraciones protéticas.
- 3) Frente a la prótesis, la cirugía tanto puede pecar por exceso como por defecto.
- 4) Conservar el máximo de reborde residual sin riesgo para la salud del paciente.

Los procedimientos correctivos necesarios para preparar el reborde desdentado para una prótesis, se dividen en dos grupos -

básicos:

- 1) Preparaciones iniciales.
- 2) Preparaciones secundarias.

Las preparaciones iniciales del reborde desdentado se producen en el momento de la extracción dental, este paso es importante puesto que al realizar técnicas y procedimientos quirúrgicos - inadecuados se produce la patología de la edentación tanto en tejidos blandos y deformaciones del tejido duro.

Se entiende que la patología edéntula en el medio biológico de la cavidad oral se inicia con la extracción de los dientes - afectados.

Se mencionarán algunos rasgos importantes y los métodos adecuados para la conservación de los tejidos de soporte durante la eliminación de los dientes.

Rebordes Alveolares.

Representan zonas especializadas del maxilar superior y mandibular, su principal función es la de soporte de dientes naturales. Constan de una tabla externa y una tabla interna de hueso compacto, unidas por hueso esponjoso en el que se localizan - los dientes.

Los rebordes alveolares crecen por aposición de hueso en las - superficies externas y bordes libres y en el fondo de cada alveolo dentario; este proceso del crecimiento y la erupción de los dientes depende precisamente de dicha aposición.

El crecimiento alveolar del maxilar superior y la mandíbula - depende asimismo del crecimiento de los cóndilos mandibulares.

Las siguientes son las cuatro fases cronológicas de la cicatrización de un alveolo postextracción.

1. Coagulación.
2. Organización; se forma tejido conectivo joven dentro del coágulo reemplazándolo.
3. Osificación; se forma hueso nuevo, grueso y fibrilar sobre las fibras del tejido conectivo joven y llena el alveólo.
4. Reconstrucción; el hueso maduro laminar reemplaza el hueso maduro.

Atrofia del reborde residual. El reborde residual pierde su función primaria cuando se extraen los dientes y comienza a reducir el tamaño total y su forma trabecular interna.

Hay una variación en la dirección de la reabsorción postextracción y la consecuente reducción del tamaño del reborde residual.

Los dientes superiores se desplazan hacia abajo y afuera; la reabsorción es hacia adelante y adentro. La tabla cortical externa al ser mas delgada sufre mayor reabsorción que la interna, cuya consecuencia es la reducción en todas direcciones del maxilar; igualmente se reduce la superficie de soporte de la prótesis superior.

Las preparaciones secundarias del reborde se producen después de un período de uso de la dentadura artificial durante el cual, la cicatrización, atrofia o lesión excesiva han causado un cambio notable del hueso basilar y los tejidos que la cubren, impidiendo de esta manera el uso afortunado de la dentadura artificial.

PRINCIPIOS DE DIAGNOSTICO.

Debe hacerse un diagnóstico, apropiado, valorar cuidadosamente. La información que se obtiene sistemáticamente del paciente a través de su historia clínica, examen físico general y local,-

modelos de diagnóstico, radiografías y análisis de laboratorio indicados.

Los análisis de laboratorio nos confirman el diagnóstico de alguna enfermedad orgánica complicante, mediante las pruebas -- hematológicas, bioquímicas, biológicas, etc.

Durante la extracción atraumática de los dientes residuales, - el hueso y los tejidos blandos deben tratarse con delicadeza y cuidado, esta maniobra da como resultado la reducción del dolor postoperatorio, control de la inflamación, hemorragia e - incapacidad.

Los principios que deben observarse son: acceso claro al campo quirúrgico y buena visión, uso de fuerza controlada, trayectoria de extracción sin obstáculo.

Antes de iniciar la rehabilitación con prótesis, los dientes - incluidos o impactados deben también ser eliminados para prevenir su posible transformación en quiste dentífero, y más tarde, su diferenciación en ameloblastoma, es decir, si el estudio radiográfico confirma la existencia de signos patológicos asociados.

Tratamiento de las hipertrofias. (fibromas en el maxilar superior).

Ocasionadas por prótesis superior mal adaptadas.

En el vestíbulo bucal inferior y sobre todo en el superior, - se desarrollan, bajo el influjo traumático irritativo, como - consecuencia del uso de prótesis mal adaptadas, lesiones caracterizadas por la hipertrofia, en grado variable, del tejido - gingival de esta región provocada por un desajuste en la anatomía interna de la dentadura, lo que ocasiona un trauma crónico sobre la mucosa que recubre al proceso provocando una fibroma-

tosis severa. Estos procesos tienden hacia la forma tumoral;--
persisten, crecen y permanecen mientras exista y perdure el -
factor irritativo.

Tratamiento.

Estos procesos son extirpados quirúrgicamente y eliminando el-
factor traumático-irritativo, para evitar su recidiva. La ope-
ración se realiza a bisturí o por métodos eléctricos.

Extirpación a bisturí.

Anestesia.

Se anestesia local infiltrativa, circunscribiendo la lesión,

Operación.

Se levanta el labio superior en extensión forzada, con el obje-
to de permitir amplia visión del proceso a intervenirse.

Se toma el fibroma con una o dos pinzas de Kocher según su -
extensión y volumen.

Sección del fibroma.

Las pinzas traccionan el fibroma para descubrir ampliamente su
base. Con un bisturí se secciona el fibroma de derecha a iz --
quierda en toda su extensión y se dirige en tal sentido para -
poder incidir el fibroma en cuña, se invierte la colocación -
del proceso, ubicando el fibroma sobre el labio traccionando -
hacia arriba las pinzas de Kocher y se secciona la hipertrofia
lingual.

También se procede a la regularización del hueso con la lima -
en el proceso alveolar, posteriormente se procede a suturar -
con surjete continuo (ooo). La operación está terminada. Puede
emplearse la prótesis del paciente a la cuál se ha añadido una
suficiente cantidad de Lynal (acondicionador de tejidos) que -

tiene la propiedad de modelar, debajo de él, las estructuras--gingivales y prepararán un surco profundo y útil, como también favorece a reducir la inflamación.

Actualmente la electrocirugía tiene una participación importante en esta clase de tratamiento, ya que facilita la eliminación de tejidos, acorta el tiempo quirúrgico y ha dado excelentes resultados en la reducción de tuberosidades fibrosas, excisión de formaciones papilomatosas en la hiperplasia papilar, etc.

Otra de las técnicas es la fenestración del periostio que histológicamente provoca una respuesta osteogénica y una proliferación fibroblástica que se une con el tejido de granulación, esto parece ser el factor que mantiene la línea mucogingival en una posición más apical, este procedimiento resultaría en una cicatriz firme que inmoviliza al surco para no permitir un cambio de la dentadura.

El objeto es crear un surco vestibular favorable.

El injerto de piel ha sido usado comúnmente para la profundización de vestibulo, como también el injerto gingival libre puede ensanchar la zona de la unión gingival y profundizar el vestibulo oral. El tejido tiene la ventaja que está presente en la cavidad oral e idealmente adaptada al medio ambiente.

El injerto gingival libre ha sido usado ampliamente en cirugía periodontal, tratar problemas de frenillo, prevenir el área de unión gingival, o corregir un inadecuado surco vestibular.

Estos mismos procedimientos quirúrgicos pueden ser utilizados en pacientes edéntulos para proporcionar una base y profundidad más estable para ayudar al Prostodoncista en la fabricación de las dentaduras.

Esta cirugía se realiza bajo anestesia local, se hace una incisión en forma de "v" y se inicia en la unión mucogingival, el tejido hiperplásico se elimina, se realiza la fenestración-periostia con una fresa de diamante haciendo un surco de aproximadamente un milímetro de ancho en el hueso, se realiza el injerto, tejido que se obtiene del paladar en el área de los segundos premolares.

Posteriormente el injerto se sutura, se coloca la prótesis inmediata previamente relineada con un acondicionador de tejidos y se le prescriben analgésicos al paciente, y en una semana después se remueve la sutura.

La alveolectomía y la exodoncia.

Es otra de las técnicas quirúrgicas que se realizan con el fin de preparar un maxilar y una mandíbula para la prótesis total.

Está indicada en presencia de:

- 1) Rebordes bajos opuestos
- 2) falta de espacio intermaxilar
- 3) rebordes espinosos y afilados
- 4) exostosis
- 5) irregularidades extremas de la cresta alveolar
- 6) formaciones del hueso alveolar desfavorables.

La alveolectomía se puede hacer al mismo tiempo que la extracción o puede retrasarse unos días. Una de las ventajas de la alveolectomía inmediata, es que solo se requiere una intervención quirúrgica y facilita la extracción de los dientes y conserva el hueso.

Algunos de los factores que pueden exigir una alveolectomía retardada son:

- a) la infección
- b) los factores sistémicos que pueden limitar la cirugía en una sola sesión.
- c) las dudas sobre la necesidad de la alveolectomía.

La cantidad de hueso a reseca con fines protéticos debe ser relativamente escasa. Se aconseja conservar toda la arcada alveolar posible para que sirva de apoyo a la futura prótesis, sólo se eliminarán las aristas óseas, los bordes óseos filosos y cortantes, los tabiques interdentarios e interradiculares hasta una altura prudencial.

Esta parte de la operación se realiza con pinzas gubias, el alisamiento final del hueso se hace con limas para hueso (escofinas) o fresas redondas grandes, cuando se usan fresas, se requiere irrigación constante para evitar el excesivo calor y la destrucción innecesaria de hueso.

Se debe tener cuidado y examinarlo detenidamente, antes de terminar la intervención, para asegurarse de que no se ha cometido el error de dejar una cresta afilada de hueso en la superficie lingual y palatina. Aún más no se deben dejar espículas afiladas en el hueso intraseptal.

Existiendo tales crestas afiladas, se levanta nuevamente el colgajo y se elimina la zona deseada con pinzas gubias, fresas o escofinas.

C) PROTESIS INMEDIATA.

Se considera como el procedimiento de colocar los dientes artificiales inmediatamente después de haber realizado las extracciones y regularización de los maxilares.

VENTAJAS.

1. Quirúrgicamente actúan ayudando en gran forma a:
 - a) Evitar hemorragia
 - b) Disminuir la inflamación
 - c) Proteger la brecha quirúrgica
 - d) La remodelación ósea que es "grande" por la dentadura.
2. Prostodónticamente beneficia en los siguientes puntos:
 - a) Conserva el funcionamiento normal de la A.T.M.
 - b) No altera la fisiología muscular
 - c) Mantiene la dimensión vertical
 - d) Se puede dejar una oclusión muy similar a la preoperatoria si es que esto conviene.
3. El paciente se beneficia desde el punto de vista estético, psicológico y fisiológico:
 - a) Estéticamente, no necesita pasar un período de tiempo -- desdentado.
 - b) Psicológicamente; en relación con la facilidad que el paciente se adapta al nuevo estado, es decir, a la dentadura.
 - c) Fisiológicamente; se refiere a varios puntos de interés: el proceso cicatrizal debajo de la prótesis, "hay menor reabsorción de hueso alveolar bajo la prótesis, que si se lo deja al descubierto".
La fisiología muscular no está alterada, la dimensión -- vertical se conserva y se mantiene el juego de la A.T.M.

INDICACIONES:

- 1) Actúa como apósito para controlar la hemorragia.
- 2) Promueve la cicatrización protegiendo los alveolos expuestos.

- 3) El paciente realiza mejor la fonación y deglución que un -- paciente sin dentadura, aún por un corto período de tiempo.
- 4) El paciente más rápidamente acepta la extracción de sus - dientes.
- 5) No interrumpe sus quehaceres.
- 6) Psicológicamente el paciente se siente más feliz.

CONTRAINDICACIONES.

- 1) Que existen discracias sanguíneas.
- 2) Estados de desnutrición y baja en anticuerpos.
- 3) En pacientes diabéticos.
- 4) En pacientes inmunodepresivos.

PREPARACION DE LA PROTESIS.

Se prepara la prótesis de acuerdo con las técnicas que se prefiera o acostumbre y la base transparente de acrílico que servirá para el modelado quirúrgico del maxilar. Los pasos son:

- a) Impresiones anatómicas.
- b) Realización de prótesis en modelos.
- c) Montaje en el articulador.
- d) Anestesia.
- e) Incisión.
- f) Levantamiento del colgajo.
- g) Exodoncia.
- h) Ostectomía.
- i) Sutura.
- j) Colocación de la prótesis inmediata.

Modelos de Estudio. Las impresiones anatómicas registradas correctamente con alginato o modelina deben vaciarse lo más - pronto posible después de su retiro de la boca, con una mezcla de yeso parís o piedra.

Realización de prótesis. La realización se llevará a cabo en los modelos de estudio una vez que han sido montados en el articulador Wid mix o Gnatus, y si en el caso de que tenga alguna pieza dentaria, tomarla como referencia para la realización de la prótesis.

La preparación de la prótesis inmediata se hará con acrílico - transparente y dientes de acrílico.

Montaje de los modelos en articulador. El montaje se hace con el objeto de trasladar los registros clínicos del paciente al articulador, ya que estos registros determinan la evaluación - decisiva de éxito o fracaso de la prótesis inmediata en la boca del paciente, estos registros son:

- a) registro del eje intercondilar
- b) punto central intraoral de apoyo
- c) registro gnatográfico extraoral

ANESTESIA.

Se puede realizar con anestesia local, regional o general. --- Cuando se opera bajo anestesia general, realizamos una anestesia local en la región bucal de los dientes a intervenirse, -- con fines hemostáticos y asimismo para que no resulte dolorosa la primera sensación de la prótesis colocada.

INCISION.

Se trazan las incisiones necesarias para la realización de las extracciones.

LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO.

Con la espátula o periostotomo se separa el colgajo bucal hasta la altura del tercio apical de los dientes frontales.

EXODONCIA.

Se practican las extracciones dentarias según la técnica que -
corresponda a cada diente. Es interesante evitar la fractura -
de la tabla externa.

OSTECTOMIA.

En los casos normales, es decir, en aquéllos que no presenten -
protrusión y no necesiten, por lo tanto, alveolotomía correcto -
ra, la ostectomía se reducirá a la necesaria para la exodoncia
y a la eliminación de las crestas interdientarias.

La ostectomía se realiza con pinzas gubias, que resecan los -
bordes filosos y las crestas prominentes y con limas para hueso.

Con el dedo se investigan crestas y bordes y donde la sensa -
ción táctil denuncia irregularidades, allí se debe insistir.

SUTURA.

La sutura se realiza en forma de surgete continuo y con seda -
negra 000, es importante verificar que el caso clínico haya -
quedado como nos lo propusimos, o sea que quede semejante al -
modelo de yeso sobre el cual se construyó la prótesis inmedia -
ta, debiéndose retirar 4 o 5 días después de la intervención -
para permitir la correcta cicatrización de los tejidos.

COLOCACION DE LA PROTESIS.

Una vez que se han verificado los pasos anteriores, se procede
a la colocación de la prótesis inmediata que a su vez se veri -
ficará que en la parte transparente no existan partes pálidas,
ni que estén en exceso de presión y si esto ocurre se revisará
el reborde alveolar.

La prótesis no se retirará hasta pasadas 48 horas.

TRATAMIENTO POSOPERATORIO.

El tratamiento posoperatorio es el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza, en el logro del perfecto estado de salud.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida misma (y al campo operatorio que es la cavidad bucal) y al estado general del paciente.

Higiene de la cavidad bucal. Terminada la operación, el ayudante lava prolijamente la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa humedecida en agua oxigenada.

La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento que eliminará sangre, saliva, restos que pueden depositarse en los surcos, bajo la lengua, etc.

Fisioterapia. Se ha preconizado el empleo de agentes físicos para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal. Estos son: el frío, calor irradiaciones ultravioleta.

Frío: Se aconseja bolsas con hielo que se colocan sobre la cara cerca del sitio de la intervención. El frío evita la congestión y el dolor posoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y delimita los edemas posoperatorios. El frío se usa por períodos de quince minutos, seguidos de períodos iguales de descanso y durante los primeros tres días pues más días es ineficaz, cuando no perjudicial.

El calor se emplea para ayudar a la formación del pus, después del tercer día, puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolores posoperatorios.

Rayos infrarrojos, son fuentes de calor interesantes. Se emplean después de las extracciones laboriosas.

Rayos ultravioleta, recomendados por algunos autores para el tratamiento de los dolores posoperatorios.

Cuidados de la herida. Si evolucionan normalmente, las heridas en la cavidad bucal no necesitan terapéutica, y si es grande la herida, después del segundo día será irrigada suavemente con suero fisiológico o con una solución alcohólica de fenol - alcanforado (fenol alcanforado: 3-gotas; 3 ml. de alcohol; 200-ml. de agua). Si hay que extraer los puntos de sutura, esto se hará al cuarto o quinto día.

D) TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE.

Se refiere a la vigilancia del pulso, la tensión arterial, alimentación y a las medidas terapéuticas de orden general de las complicaciones posoperatorias como vacunoterapia, sulfamidoterapia, administración de sueros, transfusión sanguínea, - tratamientos de shock.

a) Instrucciones para los pacientes. Antes de despedir al paciente deben dársele instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio, tratamiento posoperatorio, enjuagatorios, alimentación, tratamiento médico (antibióticos, quimioterápicos, corticoides, etc.)

Estas instrucciones deben darse por escrito para evitarle dudas. Se acostumbra entregar a nuestros pacientes una hoja impresa con las instrucciones que necesitan.

La colaboración entre el cirujano y el enfermo llevará a buen éxito la intervención.

Cuando llegue a su casa, después de la operación conviene guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto. Colocar una bolsa con hielo en la cara, sobre la región operada, durante quince minutos.

No realizar ninguna clase de enjuagatorios, salvo indicación expresa, por el término de tres horas.

El paciente deberá tomar los analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios prescritos por el cirujano dental.

La alimentación puede darse al paciente por la circunstancia de una operación en la boca. La primera comida la hará 6 horas después de operado y consistirá en una taza de té con leche tibia, naranjada, caldo, etc., 6 horas después del tratamiento, podrá tomar una dieta líquida como: extracto de carne, puré de papas, jugo de tomate, huevos pasados por agua, dulce de leche, etc. Después de 48 horas, al cabo de cuyo tiempo deberá permanecer la prótesis inmediata, el cirujano la retira, la lava y desinfecta, sumergiéndola en una solución antiséptica, lava y atomiza las heridas bucales, eliminando los coágulos que pudieran formarse.

Una vez cicatrizados correctamente los procesos superior e inferior y cuando se observen crestas agudas o bordes filosos que puedan molestar posteriormente se procede a la preparación definitiva de la prótesis total.

E) TECNICAS PARA LA COLOCACION DE PROTESIS TOTAL.

La elaboración de las prótesis total es de tal magnitud que no puede solucionarse con el acostumbramiento del paciente, así como no puede solucionarse con una simple impresión y una "mordida".

Del mismo modo que el profesional ha dejado del lado el empirismo en dentaduras completas, y emplea diversas técnicas desde la elaboración de cubetas individuales, técnicas de impresiones precisas, registros de relaciones intermaxilares, articulares semiajustables y ajustables.

IMPRESIONES.

1. Definición: Una impresión en prosthodontia total es el registro negativo del área completa de soporte, ya sea del maxilar o de la mandíbula, en un material plástico que endurezca relativamente mientras que éste está en contacto con dichos tejidos.
2. Tipos de impresión: Una impresión primaria, anatómica o preliminar es aquella que se utiliza para fines de diagnóstico o para la construcción de un portaimpresiones individual, el cual se emplea para la impresión final. Una impresión secundaria fisiológica o final, es aquella que se utiliza para la elaboración del modelo de trabajo sobre el cual se va a fabricar la base de la dentadura.
3. Técnica de impresión: Numerosas técnicas han sido desarrolladas para tomar impresiones, basándose en diferentes teorías. Algunas registran a los tejidos en las mismas condiciones que se encuentran bajo la carga masticatoria; otras registran a los tejidos sin desplazarlos en lo más mínimo; y otros aplican más presión en ciertas áreas.

- a) "Técnica con presión". Conocida como "a boca cerrada". Utilizan rodetes de oclusión bien adaptadas, los cuales deberán tener un contacto uniforme en sus superficies oclusales. Estos se construyen sobre modelos primarios. Se coloca el material de impresión en la superficie tisular de los mismos y a continuación el paciente cierra su boca y realiza los movimientos funcionales como son deglución, masticación, el habla, etc.
- b) "Técnica sin presión". Conocida también como "técnica mucos táctica". Estas dentaduras casi siempre presentan bordes cortos. Los bordes son usados solamente para mantener a la dentadura estabilizada durante los movimientos laterales, el material de impresión deberá ser más blando o suave que los tejidos a impresionar. Una de las desventajas es que debido a que las fuerzas de la masticación no se distribuyen ampliamente sobre el área de soporte.
- c) "Presión selectiva". La filosofía de esta técnica dice que en ciertas áreas del maxilar está por naturaleza mejor adaptadas para resistir cargas extras de las fuerzas de masticación por ejemplo: el reborde bucal de la mandíbula, constituido por hueso cortical. Los oponentes de esta técnica sienten que es imposible impresionar algunas áreas con una presión diferente a la aplicada en otras áreas.

MATERIALES DE IMPRESION.

Existen en la actualidad una gran variedad de materiales de impresión en el mercado. El material que el dentista seleccione deberá ser aquél que reúna las características y propiedades físicas que se necesitan para lograr los objetivos que él desea de su impresión entre los materiales se encuentran:

- a) Modelina
- b) Yeso
- c) Pasta zinquenólica
- d) Hules
- e) Alginatos
- f) Hidrocoloides reversibles
- g) Ceras
- h) Resinas acrílicas blandas

IMPRESION ANATOMICA.

Es aquélla con la cual se inicia la etapa clínica de registros de impresión con los tejidos bucales en posición pasiva o estática. Estas impresiones preliminares deben registrar la mayor superficie disponible, sin limitar ni restringir el movimiento del músculo; obtener con nitidez, amplitud y fidelidad el negativo de las estructuras o detalles anatómicos de los tejidos - y lograr la adaptación periférica.

INSTRUMENTAL:

1. Portaimpresiones convencionales lisos de aluminio para edéntulos.
2. Navaja de filo y rígido.
3. Pinzas de curación y espejo bucal.
4. Tijeras para metal, curvas y rectas.
5. Vernier.
6. Lámpara hanau.
7. Taza de hule con espátula.

Material:

- 1) Alginato con proporcionador de agua/polvo.
- 2) Cera para encajonar.
- 3) Lápiz tinta.

TOMA DE IMPRESIONES, PROCEDIMIENTOS CLINICOS Y DE LABORATORIOS

Impresión primaria con alginato. Una impresión primaria deberá tener una cobertura adecuada de todos los tejidos.

- a) Seleccione un portaimpresiones para desdentados.
- b) Rebordes los bordes del portaimpresiones con cera azul.
- c) Coloque cera para bordear o modelina, en el área de sellado posterior del paladar para reducir la cantidad de material que tienda a fluir posteriormente.
- d) Pruebe el portaimpresiones en la boca del paciente varias veces para estar seguro de que la cera para bordear cumpla con sus objetivos.
- e) Coloque algún tipo de adhesivo en la superficie interna del portaimpresiones para que el alginato se adhiera a él y a la cera.
- f) Instruya al paciente para que se enjuague su boca con agua para reducir el exceso de saliva.
- g) Preparar alginato y sobrelleve el portaimpresiones con el material.
- h) Coloque el portaimpresiones cargado de material en la boca del paciente.
- i) Mantenga el portaimpresiones en su lugar durante 3 min. y después retírelo.
- j) Enjuague la impresión con agua corriente.
- k) Prepare el yeso, se hace el vaciado, fraguado, obtención del modelo y finalmente se recorta el modelo.

PORTAIMPRESIONES.

Es la parte más importante en la toma de una impresión. Las funciones de un portaimpresiones son:

- 1) Mantener el material en contacto con los tejidos orales.

- 2) Proporcionar fuerzas adicionales en regiones seleccionadas del proceso residual.
- 3) Sostener el material de impresión.

El portaimpresión ideal será aquél que sea hecho específicamente para cada paciente.

Instrumental y material.

- 1) Resina acrílica autopolimerizable (polvo y líquido).
- 2) Recipiente de vidrio.
- 3) Espátula de acero.
- 4) Lápiz tinta.
- 5) Tijeras rectas para metal.

Construcción del portaimpresión individual. (Técnica del acrílico laminado).

- 1) Preparar el acrílico.
- 2) Retirar el recipiente y amasarlo con los dedos, se coloca en la loseta previamente envaselinada, se coloca otra loseta encima y se ejerce presión hasta obtener una lámina de acrílico.
- 3) Procedemos a la adaptación de la lámina primero el modelo superior y segundo en el inferior y se deja polimerizar entre 10 y 30 minutos.
- 4) Separar el portaimpresión individual, se recorta con pinzas o fresones.
- 5) Probar el portaimpresión individual en la boca del paciente.

IMPRESION FISIOLOGICA.

Cuando la impresión anatómica se registró correctamente y se construyó un portaimpresiones individual ajustado y exacto se procede a delimitar y a reflejar las zonas de reflexión muscular en el contorno periférico, es decir, se procede al regis-

tro de la impresión fisiológica o definitiva.

Este registro consta de dos etapas clínicas importantes que son:

- 1) Técnica dinámica de rectificación de bordes, consiste en delimitar y registrar las zonas de reflexiones musculares paraprotéticas.
- 2) Técnica dinámica de impresión fisiológica, consiste en registrar totalmente las estructuras residuales de las áreas alveolares de soporte.

Instrumental y material:

- 1) Portaimpresiones individuales de acrílico ajustado.
- 2) Lámpara de alcohol.
- 3) Lápiz tinta.
- 4) Espátula de cera.
- 5) Pasta zinquenólica.
- 6) Barras de modelina de baja fusión.

IMPRESION DEFINITIVA:

Cuando la impresión anatómica se realiza correctamente, se construyó un portaimpresiones ajustado y se efectuó una rectificación fisiológica de los bordes, el registro final de la impresión fisiológica se facilita notablemente si utilizamos el material adecuado, que puede ser pasta zinquenólica.

MODELOS DE TRABAJO.

Se obtiene de las impresiones fisiológicas, representan una reproducción positiva de los rebordes residuales y estructuras adyacentes y sus características topográficas variadas de profundidad y ancho, nos darán la superficie de apoyo de las bases protésicas. Posteriormente, se procede a colocar sobre es-

tos modelos de trabajo la base de registro. (placa graff).

RODILLOS DE RELACION.

Una vez realizada la placa graff se procede a la colocación -- de rodillos de cera para determinar la dirección del plano de orientación o de relación maxilo-mandibular.

Objetivos de los rodillos:

- 1) Determinar la dirección del plano de orientación o de relación maxilo-mandibular.
- 2) Realizar registros intermaxilares de diagnóstico o definitivos y valorar el espacio libre.
- 3) Establecer la forma del contorno vestibular y lingual relacionado al sistema labios-carrillo-lengua.
- 4) Colocar estética y funcionalmente los dientes artificiales.

Rodillo superior:

En el plano anteroposterior, por delante una inclinación vestibular de 85° y una altura de 10 mm. Por detrás a 1 cm. por delante del borde posterior de la base y a 7 mm. de altura.

En el plano horizontal debe ser un ancho de 5 mm. en la parte de los incisivos, 7 mm. en la parte de los premolares y 10 mm. en la parte de los molares.

Rodillo inferior.

En el plano anteroposterior, la posición vestibular debe ser vertical y la altura posterior se continúa con el tubérculo -- retramolares. En el plano horizontal, el ancho es igual al del rodillo superior.

REFERENCIAS ANATOMICAS.

En prostodoncia se consideran las líneas y planos de referencia anatómica como principios básicos para rehabilitar las distancias y aspectos fisiológicos del desdentado.

Línea bipupilar. Es una línea que une horizontalmente el centro de las pupilas, vista de frente.

Línea de las cejas y de la base nasal. Son referencias horizontales que se relacionan estéticamente con las superficies de los bordes incisales de los dientes anteriores superiores.

Línea aurículo - ocular. Es una referencia anteroposterior que va del ángulo externo del ojo a la parte media del tragus, se usa para localizar arbitrariamente el eje intercondilar.

Plano de Frankfort. La referencia craneal y horizontal de este plano es que pasa por los bordes superiores de los conductos auditivos externos (punto porion), y por los bordes inferiores de las órbitas (puntos infraorbitales).

Su aplicación es con el fin de limitar y determinar las relaciones intermaxilares.

Plano bicondíleo - suborbitario. Se utiliza para la transferencia con el arco facial estático.

Plano prostodóntico. Llamado también aurículo nasal, va de la parte media del tragus al implante infero externo del ala de la nariz.

Plano de oclusión. El más importante en cualquier tratamiento programado de un esquema oclusal.

En prostodoncia total este concepto se establece con la oclusión balanceada bilateral, cuando existe una relación de contacto equilibrado entre las caras oclusales de los dientes pos

teriores (a cada lado de la línea media) y anteriores, durante los movimientos excéntricos de la mandíbula.

Determinación del plano de oclusión. Está formado en una dentición natural, por las líneas imaginarias que unen los bordes incisales inferiores con las cúspides distobucuales de los dientes más posteriores de ambos lados de la arcada. La longitud del labio superior sirve como guía en la parte anterior (2 mm. más largo). La parte posterior se orienta paralela a la línea a la tragus, marcando una línea del borde inferior del ala de la nariz al borde superior del tragus de la oreja. Posteriormente se coloca la platina de fox para observar de lado dicho paralelismo. A la vez se observa que el plano incisal sea paralelo a la línea interpupilar. Finalmente el rodillo inferior es recortado de manera que contacte toda su superficie con el rodillo superior y se podrá comenzar a determinar la dimensión vertical de oclusión del paciente.

Dimensión vertical. Consiste en determinar la posición de los maxilares que tenían antes de la pérdida de los dientes en el plano vertical.

Se ha definido como "una medida vertical de la cara entre dos puntos seleccionados arbitrariamente, uno arriba y otro abajo de la boca, casi siempre a nivel de la línea media". Se reduce el rodillo superior hasta que los labios del paciente toquen normalmente en posición de reposo. Debe haber una distancia interoclusal mínima de 2 mm. cuando la mandíbula está en posición de reposo, se separan los labios, si la medida con los rodillos en contacto es de 4 a 5 mm. menor que la medida en posición de reposo con el rodillo inferior fuera de la boca, la distancia interoclusal es adecuada.

Mc Gee sugiere que con una regla flexible se mida del centro -

de la pupila del ojo a la unión de los labios en la línea media; de la glabella al subnasión; y de un ángulo de la boca al otro ángulo de la boca. El operador no deberá confiar al usar este método de manera única, sino que usará otros métodos para ayudar en la determinación final de la dimensión vertical.

Existen otros métodos que pueden ser seleccionados por el Cirujano Dentista como:

1. Deglución: Cuando el bolo alimenticio o la saliva son deglutidos, los dientes entran en contacto en una dimensión vertical normal.
2. Propiocepción: Se basa totalmente en la habilidad propioceptiva del paciente.
3. Biméter: Se usa el biméter. Los músculos son capaces de ejercer una fuerza máxima en la posición de la mandíbula cuando los dientes contactan primero en oclusión céntrica. El biméter mide las fuerzas de mordida y de las cuales la dimensión vertical puede ser determinada.
4. Fonética: Se basa en que durante la pronunciación de palabras, los dientes naturales superiores e inferiores tienen una relación específica y si puede ser reproducida con los rodillos se establecerá la dimensión vertical con exactitud.

Relación céntrica: esta posición a diferencia de las otras relaciones intermaxilares es reproducible en cada paciente todas las veces que se quiera.

Es una relación de la mandíbula con el maxilar, se define como la posición más posterior y media de los cóndilos en la cavidad glenoidea, sin causar dolor.

Durante muchos años la profesión ha usado indistintamente dos-

entidades relacionadas pero muy diferentes, son: la relación--
céntrica ya mencionada y la oclusión céntrica.

La oclusión céntrica es una relación de diente a diente, por ejemplo; en una boca dentada existe tanto relación céntrica co o oclusión céntrica y en una boca desdentada existe solamente relación céntrica. Cuando se colocan dentaduras en una boca -- desdentada vuelve a existir tanto relación céntrica como oclusión céntrica.

Registro preliminar de relación céntrica. Antes de hacer el registro se le practica al paciente el movimiento de cierre en relación céntrica, ésto es con el fin de manipular la mandíbula y eliminar la influencia adversa de los músculos.

El método usual es el de mantener el rodillo inferior en posición con la mano izquierda. La mano derecha es usada para manejar el mentón con los dedos pulgar e índice y con un movimiento suave, la mandíbula es llevada a relación céntrica. Generalmente en un minuto o dos, el operador debe sentir que los músculos se relajan y que el cóndilo se va hacia arriba y atrás, adentro de la cavidad glenoidea. Esto se deberá repetirse hasta que no se aprecie resistencia y la manipulación sea fácil.

TRANSFERENCIA AL ARTICULADOR.

Los registros clínicos obtenidos con una técnica cuidadosa y sistemática determinarán la evaluación decisiva del éxito o fracaso de la prótesis completa en la boca del paciente.

En general hay tres clases de registros que se utilizan para la transferencia de las relaciones maxilomandibulares del paciente al articulador.

- 1) Registro del eje intercondilar.
- 2) Punto central intraoral de apoyo.

3) Registro gnatográfico extraoral.

ARTICULADOR.

El articulador es un dispositivo mecánico rígido al cual se transfieren las relaciones verticales y horizontales de la relación maxilomandibular.

Los modelos definitivos de trabajo que sujetan las bases y rodillos de registro se fijan en sus ramas superior e inferior - que representan respectivamente al maxilar superior y a la mandíbula, además reproducen los movimientos y posiciones mandibulares a través de los aditamentos condilares que representan a las articulaciones temporomandibulares.

Existe una gran variedad de articuladores, sin embargo en pro-tondoncia por sus finalidades y aplicación específica (plano - oclusal balanceado), requiere como mínimo un articulador semiajustable.

Características de articuladores semiajustables. Incluyen el ajuste de las guías condilares y las guías incisales, y además de guías laterales de Bennett graduándose en promedio de 15°.- Además está provisto de una platina metálica que es la guía incisal ajustable que determina la angulación en grados del gnatograma del arco gótico.

El articulador posee un vástago incisal recto (uno de bayoneta y otro curvo).

EJE INTERCONDILAR.

El eje intercondilar, eje de bisagra, terminal o eje horizontal fisiológico de relación, es una línea imaginaria entre las articulaciones temporomandibulares alrededor de los cuales la mandíbula puede girar sin movimientos de traslación.

Es una referencia necesaria o importante para transferir el--- articulador con el arco facial estático.

- 1) La distancia cóndilo-maxilar-cóndilo.
- 2) Las inclinaciones de las vertientes protrusivas de los dientes posteriores.
- 3) La referencia del punto central de apoyo y los registros extraorales obtenidos.

ARCO FACIAL ESTÁTICO.

Su uso es esencial para relacionar el maxilar superior al punto promedio del eje intercondilar arbitrario, tiene por objeto determinar en la cabeza del paciente y transferirla al articulador, la posición del maxilar superior respecto a las articulaciones temporomandibulares.

Por esta razón se utiliza en relación con articulaciones semiajustables condilares.

Componentes:

1. Arco
2. Una pieza intra o extra oral con su ajustador.
3. Olivas auriculares.
4. Marcador suborbitario.
5. Soporte de altura

Procedimiento clínico:

- 1º Levantar la punta trazadora del aditamento extraoral y retirar las grapas cruzadas de fijación de ambos rodillos.
- 2º Colocar la base y los rodillos de registro en la boca del paciente e indicarle que cierre en relación céntrica.
- 3º Colocar el arco facial central a la cabeza del paciente.
- 4º Se adaptan todos los dispositivos y asegurarse de que el -

arco facial esté inmóvil completamente.

- 5° Se retira el arco facial aflojando los tornillos de fijación de las varillas condilares, indicando al paciente que abra grande la boca.

Montaje en el articulador.

- 1° Colocar el arco facial con los registros obtenidos al articulador.
- 2° Establecer la altura y orientación del modelo superior y se coloca firmemente el modelo superior en la base de relación.
- 3° Colocar un poco de yeso sobre el modelo, se baja la rama superior del articulador hasta que vástago incisal contacte con la palatina incisiva y se procede al montaje, ya fraguado el yeso se retira el arco facial y el vástago.
- 4° Procedemos al montaje del modelo inferior con el mismo procedimiento del superior.
- 5° Se recorta y retira todo exceso de yeso y alisar las superficies.

SELECCION DE DIENES ARTIFICIALES.

En la apreciación del tamaño de los dientes artificiales se consideran las siguientes dimensiones:

- 1) tamaño
- 2) ancho
- 3) largo
- 4) profundidad

Para calcular el tamaño de los dientes anteriores superiores se han ideado reglas basadas en referencias anatómicas y mediciones antropométricas, cuya aplicación en la práctica ha contribuido a orientar la restitución armónica dentofacial en los dentados.

Las líneas que tomaremos en cuenta serán las siguientes:

Línea media: la cual nos dará el ancho de los dientes, y la — que nos proporcionará la simetría facial, ésta se logra por — medio de una trayectoria vertical y perpendicular al plano de orientación, a partir de la parte media del séptum nasal.

Línea de los caninos (índice alar): ésta se utiliza para de — terminar el ancho de los seis dientes anteriores superiores. — Es una línea que se extiende del implante inferoexterno del — ala de la nariz al plano de orientación. Esto se logra con una regla milimétrica desde la línea media.

Línea de los caninos (índice bicigomático): se apoya en medi— ciones antropométricas; indican que el ancho bicigomático ma— yor, dividido por 16, proporciona aproximación del ancho del— incisivo central superior. Y éste, dividido por 3.3 en el tér— mino medio de los casos, da el ancho total de los seis dientes anteriores superiores.

Largo de los dientes artificiales: para determinar el largo de los dientes anteriores superiores se consideran los siguientes factores:

- 1) Características labiales
- 2) Visibilidad de los bordes incisales
- 3) Largo del contorno facial
- 4) Grado de resorción de bordes residuales
- 5) Distancia vertical maxilomandibular
- 6) Espacio libre disponible.

Índice cefálico: además de ayudar en la medición de los dien— tes artificiales, anatómicamente tiene íntima relación con la— formación del perfil y del arco residual.

Forma de los dientes artificiales; se consideran esencialmente

- a) el estético (anteriores)
- b) el funcional (posteriores)

Al seleccionar los dientes referidos a la forma, no únicamente debe tomarse en cuenta un tipo clásico, el sentido del contorno proximal y de ángulos, con respecto a la forma de la cara, sino que es necesario, además, considerar el contorno de la superficie labial del diente comparado con el perfil de la cara; esto nos conduce a observar los puntos prominentes de frente, nariz y mentón, de los que surgen formas: rectas, cóncavas y convexas.

Otros puntos en selección de dientes son los siguientes:

color de la cara (guía básica para seleccionar el matiz adecuado de los dientes artificiales que armonicen con los colores de la cara del paciente).

Influencias de la edad. Los dientes más oscuros son apropiados para personas de edad avanzada y los más claros en personas jóvenes.

Selección del color: esta debe hacerse de preferencia con luz natural o buena luz artificial.

Prueba de los dientes seleccionados: representa la prueba preliminar de los dientes anteriores seleccionados a la decisión que se adoptará después de observar su disposición en la boca del paciente con la dentadura de prueba en cera.

Colocación de los dientes anteriores: la colocación de dientes anteriores superiores e inferiores determinará las exigencias estéticas y fonéticas por sus estrechas relaciones con dos estructuras móviles de los labios y la lengua.

Colocación de los dientes posteriores: la colocación de los

dientes posteriores debe hacerse de tal forma que ocluyan con sus antagonistas. Cada diente posterior representa una parte de una unidad funcional y su colocación individual debe estar de acuerdo con esa unidad que funcionará cuando intervengan todos los dientes posteriores con antagonización, es decir, no sólo los superiores, ni sólo los de un lado, sino todos los dientes posteriores en ambas dentaduras. Una vez colocados los dientes en la prótesis tanto superior como inferior se procederá a la prueba directamente con el paciente.

DENTADURAS EN CERA.

Existen varios factores predominantes en esta etapa de prueba de las dentaduras en cera, necesitando el odontólogo el tiempo suficiente para observar y comprobar dichos factores que son:

- a) estéticos
- b) fisiológicos
- c) psicológicos

Factor estético. Es importante considerar los principales deseos del paciente para obtener resultados satisfactorios. Se dice que la "belleza está en los ojos del espectador" y el prostodoncista, como el pintor-retratista, debe desarrollar lo que a él le parece bien.

Factor fisiológico: Fisiológicamente la boca y todas sus funciones, han seguido a lo largo de su desarrollo en determinado patrón de reflejos condicionados y guías propioceptivas. Cuando más nos apartamos de este patrón original, sea accidentalmente o con propósitos mecánicos, tanto más adaptaciones tendrá que hacer el paciente para acostumbrarse, a cómo usar sus dientes artificiales.

Factor psicológico: Algunas personas son incapaces de adaptar-

se a grandes cambios, por lo tanto el paciente, su mente y -- su edad son factores de importancia decisiva.

Objetivos: Los dos objetivos principales son:

- 1) analizar la disposición general de los dientes artificiales
- 2) analizar las posiciones maxilomandibulares en relación al - esquema oclusal programado.

Prueba en la boca:

La adaptación correcta y precisa de ambas bases en sus modelos de trabajo debe representar suficiente estabilidad en la boca del paciente y apto para la comprobación de la relación maxilo mandibular.

- 1º Se coloca la base inferior y después la superior; en este orden debe ser, ya que si se colocara en forma inversa, el paciente al abrir desalojaría la prótesis inferior.
- 2º Indíquele que cierre en céntrica con una presión moderada de contacto y obsérvelos detenidamente, haga las modificaciones necesarias antes de que los vea el paciente. Al colocarlos sentirá el volumen de las dentaduras; esto se debe al efecto de aumento de los tejidos sensitivos de la boca que recordarán la presencia de los dientes naturales, es decir, su condición totalmente dentada. Aumentará también el flujo salival porque su boca crece y lo confunde con un bolo alimenticio, pero esto disminuirá también al cabo de poco tiempo de usar las dentaduras.
- 3º Se colocará frente al espejo, a distancia de conversación; no queremos que mire directamente y en seguida sus dientes, sino como nos ven los demás; es decir, ver el efecto de conjunto y no como rasgos individuales.

Cuando se mire al espejo le indicamos que hable y pronuncie números para comprobar algunas distancias y posiciones de -

los labios.

Después de colocar los dientes y realizadas las pruebas necesarias en la boca del paciente, se termina cuidadosamente el encerado con cera rosa para reproducir los tejidos normales de la encía adherida y marginal.

ENMUFLADO.

Una vez enceradas las dentaduras de prueba se las prepara para incluirlas en una mufla, cuyo diseño facilita el retiro de la prótesis después de polimerizadas sin riesgos de fractura.

El material que se utiliza para la base protética es la resina acrílica llamada también polimetil metacrilato.

Obtención de las dentaduras: las dentaduras polimerizadas se separan de los modelos de yeso piedra, no ejerciendo mucha fuerza por que se expone a fracturas.

Los sobrantes de las bases acrílicas se recortan en el motor con piedra pomez. Las dentaduras se pulen con un cepillo negro de hilera única y una rueda de tela.

Un pulido de terminación de alto brillo se da a todas las superficies con rueda de tela y material de pulido.

B I B L I O G R A F I A

1. Kruger, G., O.: "Tratado de Cirugía Bucal". 4a. Ed. Intera -
mericana. México. pp. 111, 112, 1979.
2. Ríes Centeno, G., A.: "Cirugía Bucal". 8a. Ed. El Ateneo.—
México. pp. 426, 427, 428 y 429, 435, 436, 437, 442, 443, -
444, 445, 446 y 450. 1980.
3. Capuselli, H., O.: "Prótesis dental". 2a. Ed. Mundi. Buenos
Aires. pp. 1-6, 48-52.
4. Osaea, D., J.: "Prostodoncia total". 4a. Ed. U.N.A.M. Méxi-
co. pp. 98-117, 189-466. 1981.
5. Zimbron, L., A.: "Prostodoncia total". 3a. Ed. U.N.A.M. -
México, pp. 66, 67, 68, 69, 156, 161, 163-164, 166-168, 171-
173 y 176.
6. Sharry, J., John.: "Prostodoncia dental completa". 1a. Ed.-
Toray, S.A. Barcelona, pp. 182, 183, 184. 1977.
7. Mújica, C., R.: "La prótesis como parte de una odontología-
integral". Rev. A.D.M. Vol. 36 (5) pp. 494, 495. Sept-Oct.-
1979.
8. Meister, Frank, J.: E, Each., Davis; Engel, L., Herbert.: -
"Dentaduras inadecuadas, Cirugía para tejido hiperplásico"-
Rev. A.D.M. Vol. 53 (12) pp. 38-42 Nov.-Dic. 1977.
9. Wessberg, A., George; Murray, K., Jacobs; Larry, M., Wolford
Walker, V., Robert.: "El manejo preprotésico de cresta al-
veolar atrófica severa". Rev. A.D.M. Vol. 104. pp. 464-472.
Abril 1982.

CAPITULO VI.

CASO CLINICO.

CLINICA: Multidisciplinaria "Zaragoza"
FECHA DE INGRESO: 14 de enero de 1984.
NOMBRE DEL PACIENTE: María Moreno Ramírez
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Villalonguín, Mich.
10 de abril de 1925.
DOMICILIO: Av. del Recreo 1974,
Col. G. Ramos Millán.
SEXO: Femenino
EDAD: 59 años
ESTADO CIVIL: Casada
OCUPACION: Hogar (pensionada)
ESTRATO SOCIOECONOMICO: Clas e media
PESO: 53 kg.
ESTATURA: 1.63 mts.
SIGNOS VITALES:

Temperatura: 36° C
C.T. Arterial: 120/80 mgs.
Pulso: 75 por min.
F. Respiratoria: 21

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

Sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS.

Trabajo durante treinta años en Sears en la Sección de cafetería, con el puesto de Jefe de Cocina debiendo probar cada uno de los alimentos que se elaboraran; esto a su vez le fue provocando inapetencia y problemas gastrointestinales.

Actualmente presenta Anemia Crónica por deficiencia de hierro, náusea al ingerir alimentos, salivación profusa al realizar esfuerzos, debilidad, fatiga, sueño, además de tener una dieta limitada, palidez de la piel con resequedad en la misma, y conjuntivas hundidas; Amibiasis hemopolítica.

Solamente fue hospitalizada una ocasión durante un mes a causa de inyecciones de aceite comercial en las piernas (con fines estéticos), ocasionando falta de circulación, hinchazón, prurito, ardor y dolor, recibió aproximadamente 50 inyecciones.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Diagnóstico clínico:

La paciente llegó a consulta, refiriendo molestias por prótesis superior e inferior. A la revisión clínica en el maxilar superior se observó lo siguiente: en el reborde alveolar se encuentra hipertrofiado, ulcerado, inflamado, móvil, dolor a la palpación y considerablemente pérdida de hueso a nivel del paladar y reborde alveolar; halitosis causada por rebases directos con acrílico blanco rápido, tanto en prótesis superior e inferior.

La prótesis superior fue colocada después de extracciones mil-

tiples aproximadamente hace 10 años. Posteriormente le hicieron su prótesis mediata, indicándosele que debía realizarse cirugía (gingivoplastia), no aceptando en ese momento la paciente; haciendo la aclaración que las extracciones no fueron tratadas adecuadamente con su debida regularización de procesos, la prótesis inmediata fue colocada sin acondicionador de tejidos, acelerando con esto la reabsorción del hueso alveolar y el mecanismo de defensa de la misma mucosa la cual en un intento de defensa provocó una hipertrofia fibromatosa.

METODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO:

Análisis de Laboratorio:

Modelos de estudio: prequirúrgicos y postquirúrgicos.

Exámenes de Laboratorio: 1a. Cirugía.

BIOMETRIA HEMATICA

<u>VALORES REGISTRADOS</u>		<u>VALORES NORMALES</u>
Eritrocitos	3,700	$4.3 \times 10^6/\text{mm}^3 - 6.0 \times 10^6/\text{mm}^3$
Leucocitos	9,850	$5,000 - 10,000/\text{mm}^3$
Hemoglobina	10.6	12.5 - 17.5 g/100 ml
Hematocrito	32	40 - 50%
V.S.M.	86	80 - 97
HCM	28	27 - 32
CHCM	33	30 - 38%
Plaquetas Normales		

CUENTA LEUCOCITARIA

Segmentos	66	40 - 70%
No segmentados	1	1 - 7%
Metamielocitos	0	0 - 1%
Mielocitos	0	0 %
Promielocitos	0	0
Linfocitos	24	25 - 50%
Monocitos	8	0 - 10%
Eosinófilos	1	1 - 4%
Basófilos	0	0 - 1%

Eritrosedimentación 6.0 1 hora.

BIOMETRIA HEMATICA. 2da. Cirugia.

VALORES REGISTRADOS

VALORES NORMALES

Hematocrito	43	40 - 50
Hemoglobina	13.8	12.5 - 17.5 gr/100 ml
VSG	23	0 - 13 mm. en una libra

FORMULA BLANCA

Leucocitos	6,400	5,000 - 10,000/mm ³
Linfocitos	39	24, 38%
Monocitos	5	0 - 9%
Neutrófilos	53	50 -75%
Eosinófilos	2	0 - 4%
Basófilos	1	0 - 2%
Mielocitos	0	0
Metamielocitos	0	0 - 1
En banda	0	0 - 7%
Segmentados	53	45 -70%

Plaquetas Normales

PRUEBAS INMUNOLOGICAS:

Se realizó este estudio por la sospecha de tifoidea, después--
de la 1a. cirugía.

VALORES REGISTRADOS:

Antiestroptolisinas	125 V.T.
Proteína C. Reactiva	Negativa
Actividad reumática	No hay reactivo

REACCIONES FEBRILES.

Tífico 0	1:40
Tífico H	Neg.
Paratífico A	Neg.
Paratífico B	Neg.
Brucella abortus	Neg.
Proteus OX 19	1:40

Después se hizo un segundo estudio antes de la 2da. cirugía.

Antiestreptolisinas	125 V.T.
Proteína C. Reactiva	Neg.
Actividad Reumática	Neg.

REACCIONES FEBRILES:

Tífico 0	Neg.
Tífico H	Neg.
Paratífico "A"	Neg.
Paratífico "B"	Neg.
Brucella abortus	Neg.
Proteus OX 19	Neg.

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Resultó dentro de los límites normales:

EXAMEN COPROPARASITOSCOPICO

Quistes de Entamoeba Hartmanni (algunas) 2 Ene. 84.

Quistes de Entamoeba Histolytica (escaso)

Enteromonas hominis (algunas) 30 Ene. 84

ANALISIS DE OCLUSION:

Oclusión.

Es la relación de contacto, estática o dinámica, entre ambos arcos dentarios.

Oclusión balanceada.

Es aquella que tiene contactos simultáneos de las superficies oclusales de los dientes, de los dos lados del arco, sea cual fuere la posición mandibular.

A.T.M.

Un examen digital del área de la A.T.M. deberá también realizarse. Obsérvense los movimientos o sonidos crepitantes.

Antecedentes de dolor en esa área pueden indicar un aumento o disminución excesivo en la dimensión vertical de oclusión.

Movimiento Mandibular.

El movimiento mandibular anormal o limitado puede referir alteración o cambio en un enfoque al problema protésico.

A la palpación se escucharon chasquidos, problemas a la apertura.

Tono Muscular.

La paciente se clasifica dentro de la clase III que significa: casos de función subnormal, tono o sentido de tacto, resultado de mala salud, pérdida de salud; pérdida de dientes naturales por tiempo largo o por llevar dentaduras totalmente ineficaces. Frecuentemente existe un exceso de cierre que da resultado - arrugas y la boca caída, protrusión en la mandíbula y pérdida del poder muscular.

Tamaño físico de los maxilares.

La paciente se encuentra dentro de la clase II que es: maxilares medianos; ofrecen menos ventajas para la retención, estabilidad y eficacia.

Forma física del reborde maxilar.

Es la forma del arco y de la bóveda palatina, la paciente en referencia se encuentra en la clase II; que nos refiere ser - triangular o en forma de "V".

Forma del reborde mandibular.

Clase III forma de "V" invertida. Paredes paralelas con rebordes alveolares delgados.

La forma de arcada desdentada sufre muchos cambios después de la pérdida de dientes, por lo tanto no es raro encontrar la - arcada superior de una clase y la arcada inferior de otra, lo que puede presentar un problema en la posición de los dientes.

Relación de los rebordes. (cresta alveolar).

Clase II PROGNATICO.

La mandíbula presenta más grande que el maxilar.

Paralelismo de los rebordes.

La paciente presenta clase II. El reborde mandibular se encuentra divergente (anteriormente).

Distancia entre los arcos.

Clase I. Justo el suficiente espacio para acomodar los dientes artificiales.

Relación de molares: Derechos _____ Izquierdos _____

Relación de caninos: Derechos _____ Izquierdos _____

Relación de Anteriores: Normal _____ Div.I: _____ Clase III _____

Apiñamiento: Ant. _____ Post. _____ Espacios ant. _____ Post. _____

Línea media: Mandibular: _____ Maxilar: _____

Facetas desgastadas: Incisivos mand. _____ Molares: _____

Caninos: _____

Tamaño de la lengua: _____ frenillo maxilar _____

frenillo mandibular: _____ frenillo lingual _____

versiones: _____

INTERPRETACION RADIOGRAFICA.

A) Radiografías oclusales

B) Radiografía ortopantomografía maxilomandibular y Tomografía lateral del seno maxilar derecho cada 3 mm.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.

En los órganos dentales existentes los espacios de las membranas periodontales se encuentran conservadas.

Existe resorción del borde alveolar tanto superior como inferior, viéndose restos de material de curación en la región molar inferior derecha.

Llama la atención la imagen de bordes bien definidos en la región superior del seno maxilar derecho, por lo que se practicó la tomografía, en donde se observa la señalada en la región anterosuperior del seno maxilar de ese lado, pudiendo corresponder estos hallazgos a una posible formación quística a este nivel.

Se menciona que existe además engrosamiento de la mucosa en el seno maxilar derecho.

DIAGNOSTICO:

Presenta la paciente anemia crónica por deficiencia de hierro, hipertrofia fibromatosa, a descartar quiste residual y/o neumatización del seno maxilar.

PRONOSTICO:

(Paciente controlado por el Médico general y el Odontólogo).

Existe una tendencia a la recurrencia; sin embargo, el mantenimiento de condición oral excelente puede prevenir, retrasar o minimizar la recurrencia del agrandamiento.

PLAN DE TRATAMIENTO:

1. Canalizarla con un Médico general y estar relacionado con su tratamiento de anemia y amibiasis.

La medicación administrada por el médico general para la probable tifoidea: Fenitracil-cloranfenicol, clorhidrato de tetraciclina 250 mg. Una cada 4 horas.

Quimiticina. Dosis 2 cada 6 horas.

Cloranfenicol levógeno. Dosis de 250 mg. 2 cada 6 horas.

Para la anemia:

Hidex. Solución inyectable. Complejo de hierro-dextrana; dosis 1 cada tercer día. 100 mg.

Ivenex. Sulfato de hierro; dosis 3 cápsulas al día.

Osopan. Calcio. Dosis 3 veces al día entre comidas.

Metrointestopan. Tomar 1 con cada alimento con descanso de 15-días y volver al tratamiento para las amibas, 3 frascos con 60 cápsulas.

NECESIDADES QUIRURGICAS:

Gingivoplastia con regularización de proceso.

Vestibuloplastia, probable enucleación de quiste residual.

Exodoncia del diente # 44.

NECESIDADES PROTESICAS:

Prótesis total superior y prótesis parcial removible.

PLAN DE TRATAMIENTO:

<u>CONSULTA</u>	<u>FECHA</u>	<u>ACTIVIDADES</u>
1a.	14-I-84	R.C. Rx. Oclusales. Modelos de estudio.
2a.	7-II-84	Profilaxis dientes anteriores inferiores.
3a.	17-III-84	Rebase con Lynal. Impresión para - prótesis inferior, provisional en - acrílico y ganchos vaciados, solici-

CONSULTAFECHAACTIVIDADES

		tud de laboratorio.
4a.	28-III-84.	Prueba en cera de prótesis infe - rior.
5a.	I- IV-84.	Colocación de prótesis inferior.
6a.	2- IV-84.	Cirugía superior. (Excisión de te - jido fibromatoso).
7a.	8- IV-84.	Control radiográfico. Radiografías periapicales y oclusales.
8a.	4- VI-84	Cirugía. (Vestibuloplastia).
9a.	11- VI-84.	Revisión.
10a.	14- VI-84.	Impresiones anatómicas superior, - inferior.
11a.	16- VI-84.	Impresión fisiológica.
12a.	20- VI-84.	Exodoncia diente # 44.
13a.	23- VI-84.	Orientación de rodillos superior - e inferior.
14a.	27-VI- 84.	Rectificación de bordes.
15a.	16-VII-84.	Prueba en cera de dientes. Prótesis superior y parcial removible infe - rior.
16a.	23-VII-84.	Colocación de prótesis total supe - rior y parcial removible inferior.

B I B L I O G R A F I A

1. Glickman, I.: "Periodontología Clínica". 4a. Ed. Interamericana, México. pp. 325. 1983.
2. Zimbron, L., A.: "Prostodoncia total". 3a. Ed. U.N.A.M. México pp. 66-76. 1981.
3. Costich, E., R.: "Cirugía Bucal". Ed. Interamericana. México. pp. 117. 1980.
4. Anaya, A., S.; Contreras, G.B.E.; Casasa, A.; Carrili, F.J.: "Hiperplasia fibrosa gingival idiopática con compromiso óseo extenso". Rev. ADM. Vol. 37 (4). pp. 234-248, Jul-Agos. 1980.
5. Molina, M.J.L.: "Sinusitis maxilar, Rev. Práctica odontológica. Vol. 5 (3). pp. 31, 34, 35. Abril 1984.

RESULTADOS:

En la actualidad cualquier odontólogo debe estar capacitado, - para hacer uso de la instrumentación adecuada así como del -- diagnóstico mas adecuado, combinado con sus sentidos de vista, tacto y oído. Todos los tejidos bucales, deben ser observados- y estudiados con cuidado, además de ser registrado cualquier - cambio en color, consistencia topográfica, superficie y textu- ra.

El examen de los tejidos bucales, requiere de detallada aten- ción y cuidado para determinar su estado de salud.

Como ya se dijo, debemos estar pendientes de cambios de colora ción, textura y forma, si los tejidos gingivales no son anató- micamente normales con sus características propias, es síntoma de cambios patológicos. Existen cambios debidos a factores lo- cales y sistémicos los cuales debemos tener en mente.

Es importante conocer las estructuras adyacentes a encía como- hueso alveolar el cual conforma lo que se llama reborde alveo- lar, son porciones óseas del maxilar y de la mandíbula, siendo su función el soporte de los dientes y además considerar los - cambios que ocurren con este hueso alveolar al realizar exodon cias, la edad, factores sistémicos, nutricionales, etc.

El odontólogo está en óptimas condiciones para diagnosticar - anomalías que alteran las expresiones faciales, como pérdi da de la dimensión vertical, músculos colapsados (causa de la- caída del labio y dan al rostro una apariencia tensa), debe - ser conocedor de la anatomía y fisiología de los músculos de - la cara.

Como ya hemos mencionado, el odontólogo debe estar capacitado- para reconocer las patologías que encuentre en tejidos bucales

tanto blandos como duros. En pacientes desdentados que fueron sometidos a múltiples extracciones dentarias y la edad avanzada son causas de reabsorción ósea en el maxilar y la mandíbula con reducción del tamaño de las estructuras subyacentes, además del uso de prótesis completas sin someterlas a revisión a intervalos regulares, como resultado de esta negligencia se provoca una hipertrofia fibromatosa la cual se ha descrito como el crecimiento exagerado de tejido gingival, es una masa agrandada de color ligeramente más pálido que la encía normal que cubre los procesos alveolares, de consistencia firme, resistente, de tejido fibroso sésil y confinado a la encía libre y adherida, a partir de la unión mucogingival. Su etiología es a causa por el desajuste en la anatomía interna de la dentadura provocando un trauma crónico sobre la mucosa que recubre el proceso, ya mencionamos las exodoncias, la cual es una de las causas, es frecuente observar que existen odontólogos que realizan extracciones en forma indiscriminada, realizan las avulsiones sin proteger en lo más mínimo el hueso alveolar, lo que ocasiona que ese hueso alveolar sufra una remodelación inadecuada y una resorción ósea progresiva.

Esto puede dar como resultado problemas de sinusitis, además del crecimiento o neumatización de los senos maxilares llegando a confundir radiográficamente con quiste residual, además de ocasionar patologías de origen sistémico como en este caso una anemia crónica por deficiencia de hierro, provocada por el mismo desajuste de la prótesis.

Por lo tanto estos pacientes serán sometidos a técnicas quirúrgicas, lo cual ha dado origen a una nueva disciplina, la cirugía preprotésica, la cual se encarga de preparar y crear un medio ambiente lo más acercado a lo ideal (en tejidos bucales),

por lo tanto, que las restauraciones, prostodoncia y procedimientos quirúrgicos vayan siempre juntos y alcancen el mejor resultado en el paciente, el cual espera de una prótesis sus principales objetivos: estética, fonética, estímulo y masticación.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES:

- Que el cirujano dentista que se dedica a la odontología integral tenga el conocimiento adecuado y suficiente, sobre los aspectos anatómicos dentales y maxilares, así como el cuidado al realizar exodoncias múltiples sin producir alteraciones subsecuentes.
- Realizar un diagnóstico adecuado y un diagnóstico diferencial previo más acercado a lo cierto, mientras tanto se tengan los resultados de exámenes de laboratorio, para así, realizar el diagnóstico definitivo y certero.
- Siempre que el cirujano dentista establezca un diagnóstico debe de estar en comunicación con otros profesionales de la materia, cuando se presente este tipo de patologías y así establecer un adecuado plan de tratamiento como lo requiera el paciente.
- El cirujano dentista debe de estar en contacto con todas las actualidades odontológicas que se presente en cuanto se refiere a cirugía y prostodoncia, y así con dichos conocimientos realizar el mejor diagnóstico y plan de tratamiento.

CONCLUSIONES.

Para concluir con este estudio a continuación haremos resaltar algunos de los puntos de mayor importancia de este trabajo.

Que el cirujano dentista comprenda en la actualidad la importancia de los tejidos bucales (duros como blandos) tanto anatómicamente como fisiológicamente, ya que estamos siempre en contacto con el aparato estomatognático.

Es importante hacer una evaluación inicial y un diagnóstico provisional y después de solucionados los problemas encontrados, emplear los métodos y técnicas tanto prostodónticas como quirúrgicas, tendrá que realizarlos bien y a menudo.

En muchas ocasiones el dentista tiene que trabajar junto con el cirujano maxilofacial y el prostodoncista y así mejorar la atención al paciente, tal cooperación se requiere para el tratamiento de algunas lesiones o deformidades de músculos de la cara y reabsorciones óseas en los maxilares, esto debido por exodoncias en forma indiscriminada sin pensar en que posible mente ese enfermo tenga que usar en un futuro próximo o remoto prótesis en el sitio o sitios de extracción, realizando avulsiones sin proteger en lo más mínimo hueso alveolar provocando reabsorción y una remodelación inadecuada.

Las exodoncias que se realizan deberán ser con técnicas y procedimientos quirúrgicos, protegiendo en lo máximo al hueso alveolar.

La prótesis que se coloque deberá revisarse cuantas veces sea necesaria, ya que en ocasiones la negligencia tanto del dentista (en recomendarle y avisarle al paciente) como del paciente (en ir a sus citas), provoca el reborde alveolar alteraciones patológicas como la hipertrofia fibromatosa ocasionando alte-

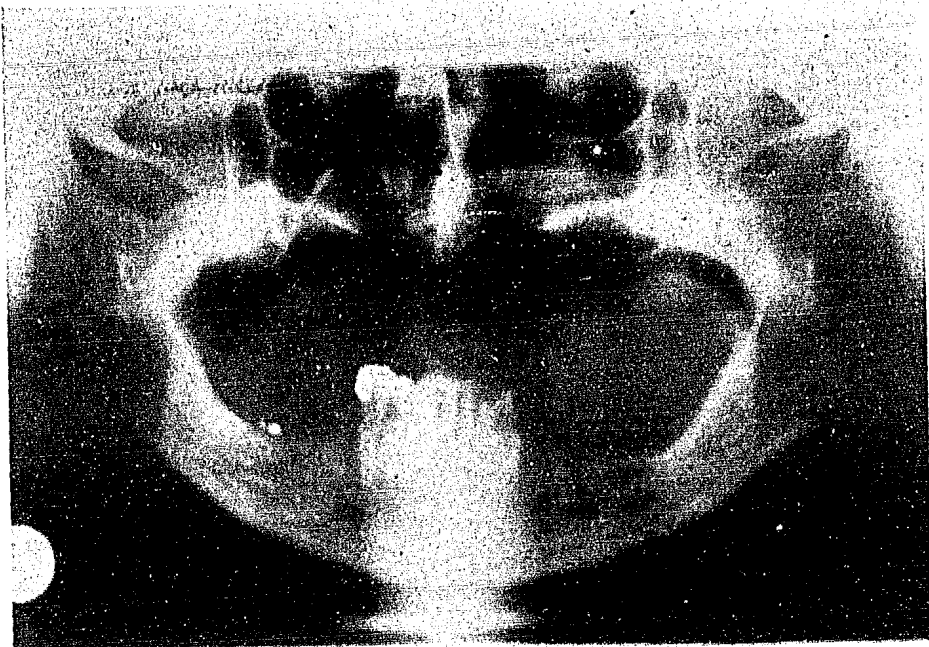
raciones faciales y sistémicas.

La prótesis siempre debe recurrir a sus ramas asociadas para - obtener un máximo aprovechamiento de sus posibilidades y recursos.

El esfuerzo por utilizar todos los métodos mencionados, por redundantes que parezcan, será recompensado con un diagnóstico acertado, un tratamiento exitoso, y un paciente agradecido.



Fig. 1 y 2. Perfil preoperatorio de paciente femenino. Obsérvese la pérdida de la dimensión vertical y prognatismo mandibular. (Fuente directa).



Figs. 3 y 4.
Radiografía panorá
mica y tomografías
laterales. Se ob -
serva la resorción
de borde alveolar-
superior e infe -

rrior, se tomaron radiografías laterales por la imagen de
bordes bien definidos en la región de senos maxilares. -
(Fuente directa).

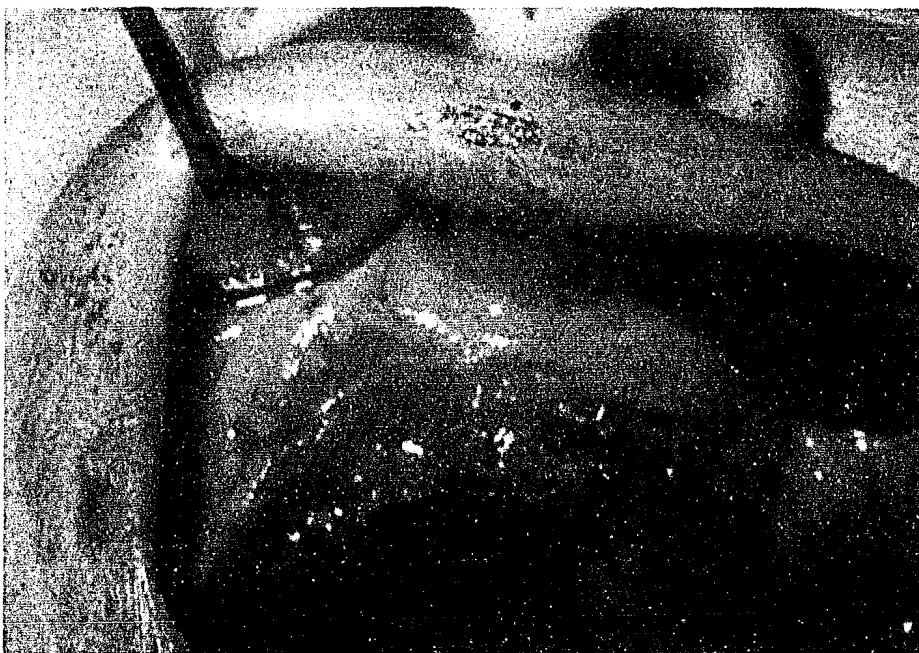
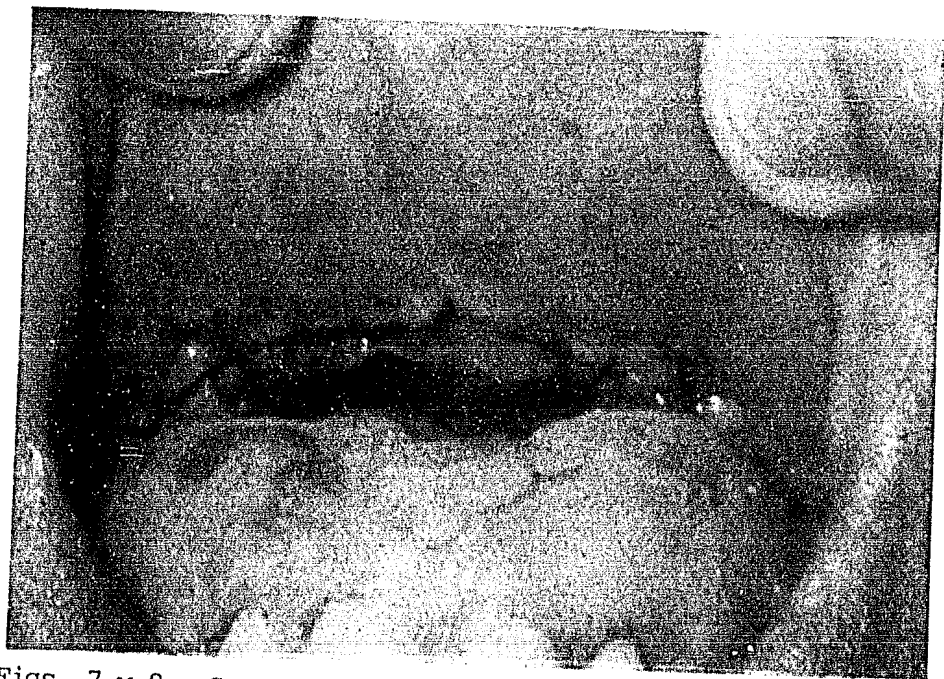
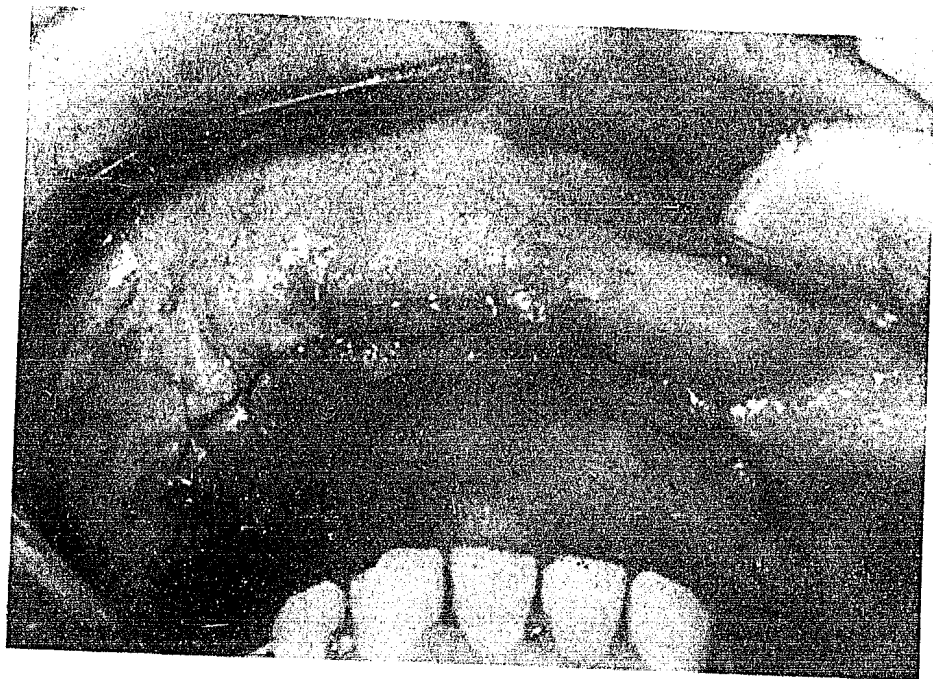


Fig.5 Aspecto de la encía hipertrófica causada por prótesis mal adaptada. (Fuente directa).

Fig.6 Cirugía del tejido hiperplásico a nivel del reborde alveolar. (Fuente directa).



Figs. 7 y 8. Sutura con surgette continuo y colocación de -
prótesis inmediata rebasada con Lynal (acondi-
cionador de tejidos). (Fuente directa).

Figs. 9 y 10. Revisión y retiro de puntos de sutura y apreciación del proceso mandibular para la colocación de próxima prótesis inferior removible bilateral. (Fuente directa).

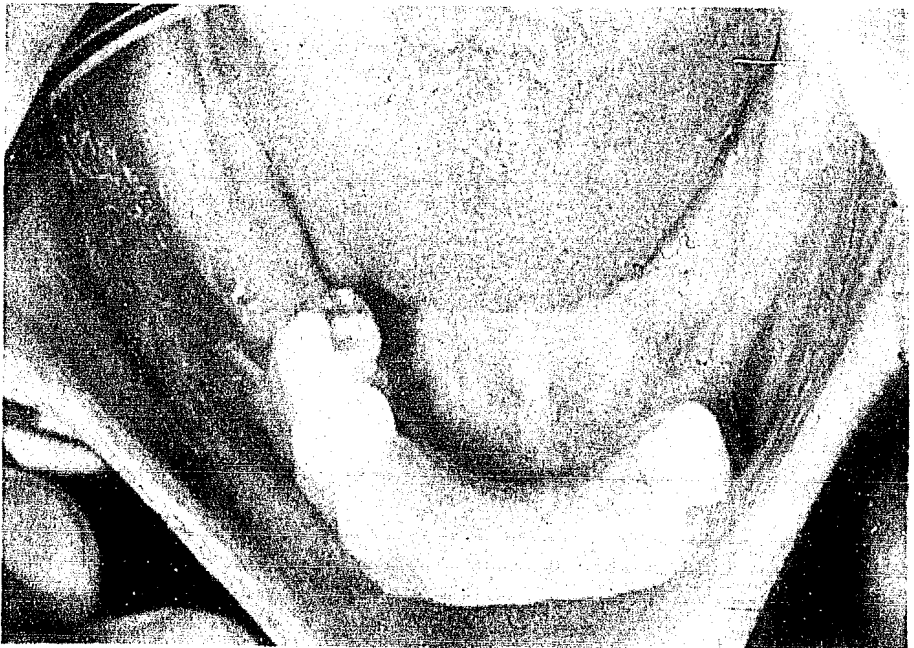


Fig. 11. Fotografía de la boca de la paciente con las prótesis inmediatas colocadas y rebasadas con lynal.
(Fuente directa).

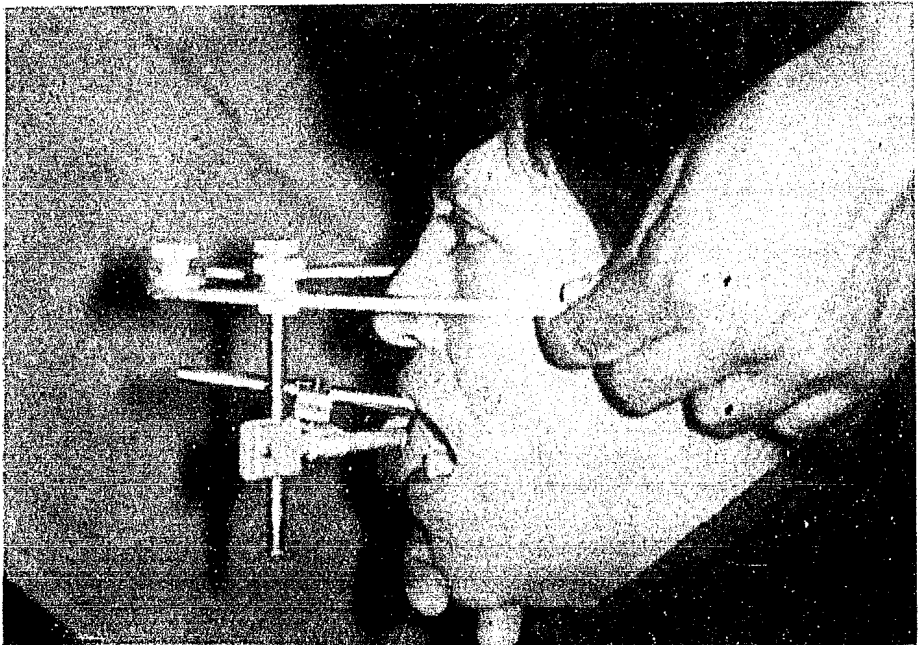
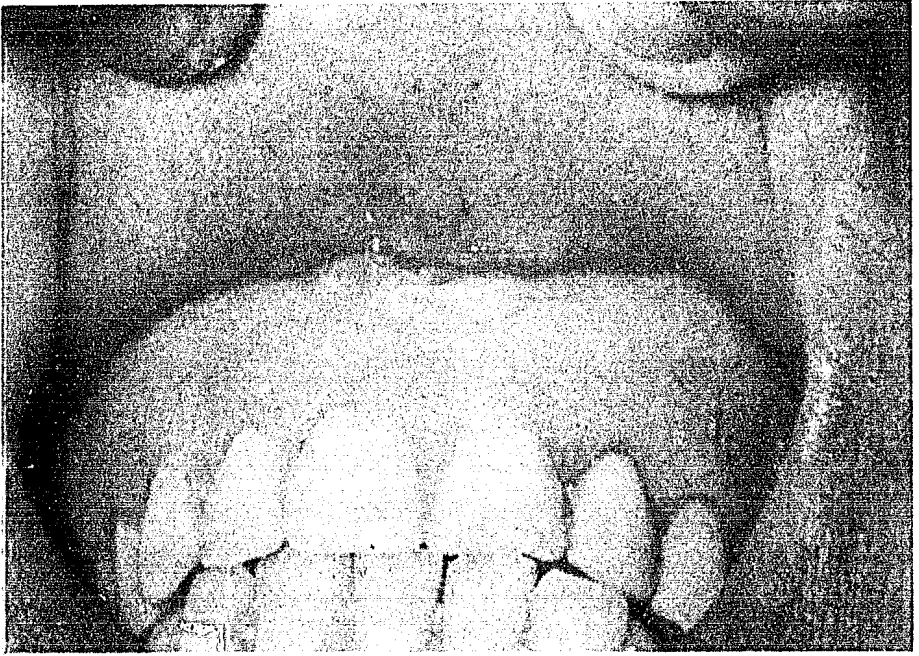


Fig.12. Registro de las relaciones intermaxilares con articulador Gnathus semiajustable y orientación de rodillos superior e inferior. (Fuente directa). 124

Fig. 13. Rodillos de cera orientados y probados en la boca de la paciente. (Fuente directa).

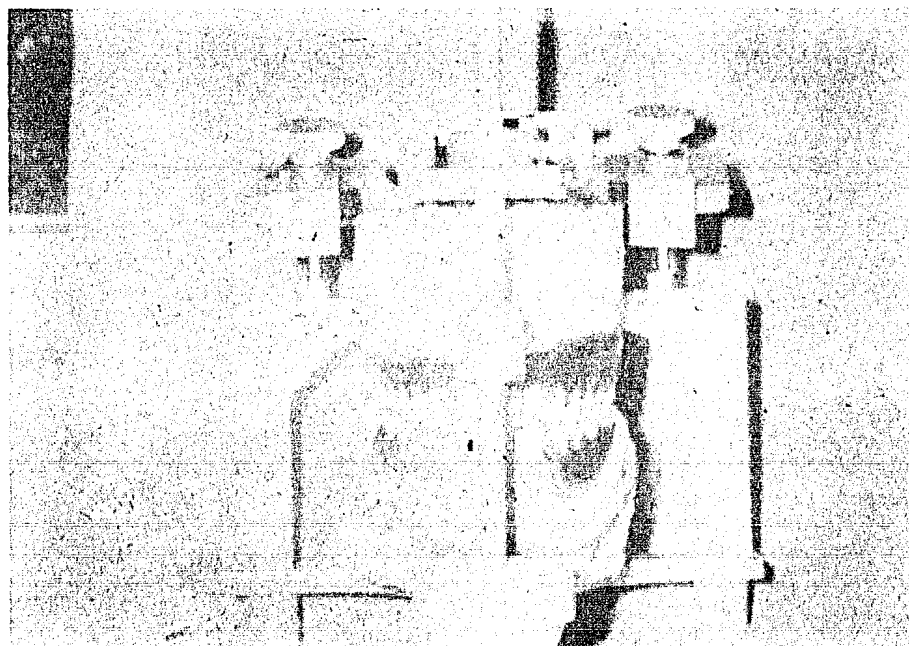
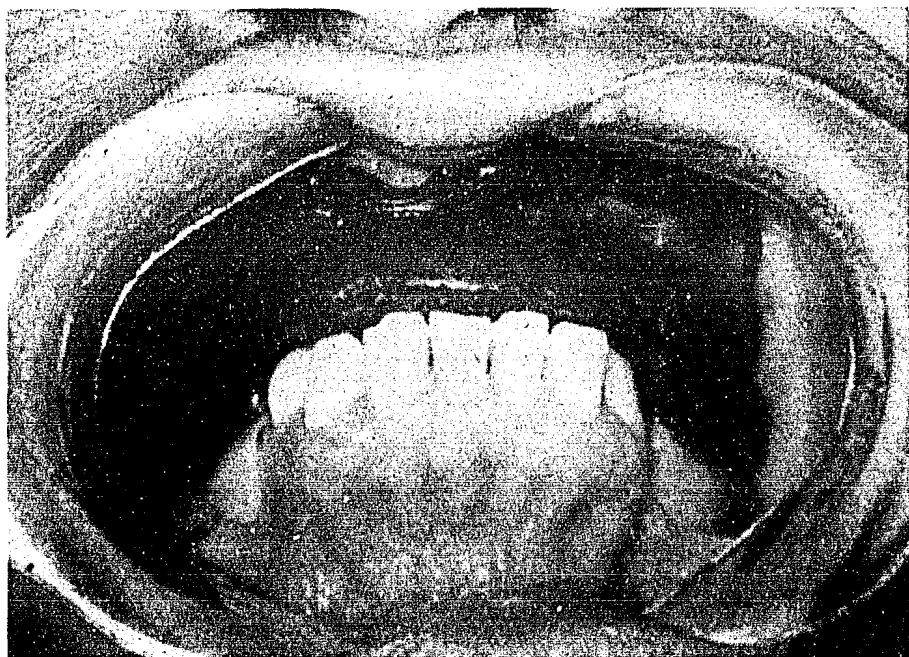
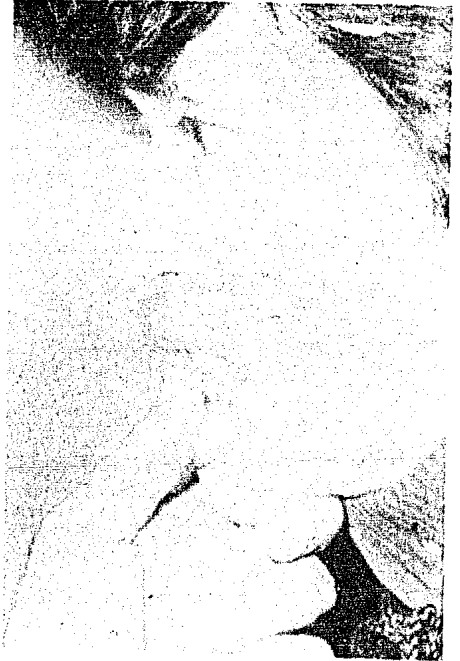
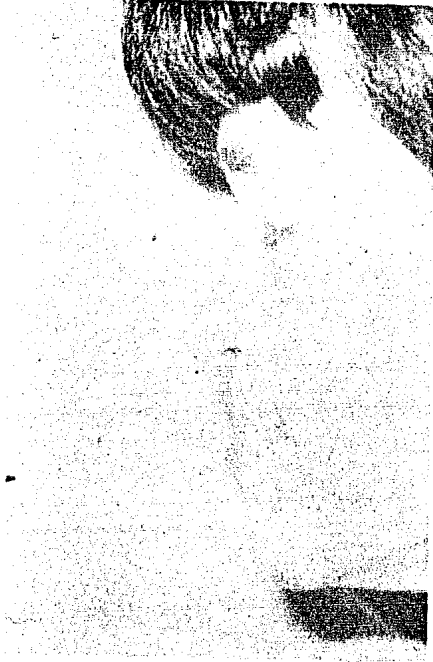


Fig.14. Montaje de la prótesis total y parcial removible inferior en el articulador Gnathus semiajustable. (Fuente directa).



Figs.15 y 16. Pruebas en cera de prótesis total y parcial removible inferior con los dientes artificiales en la boca de la paciente, verificando dimenson vertical y referencias maxilomandibulares. (Fuente directa).

Fig. 17. Prueba en cera de dientes artificiales superior e inferior en la boca de la paciente. (Fuente directa).

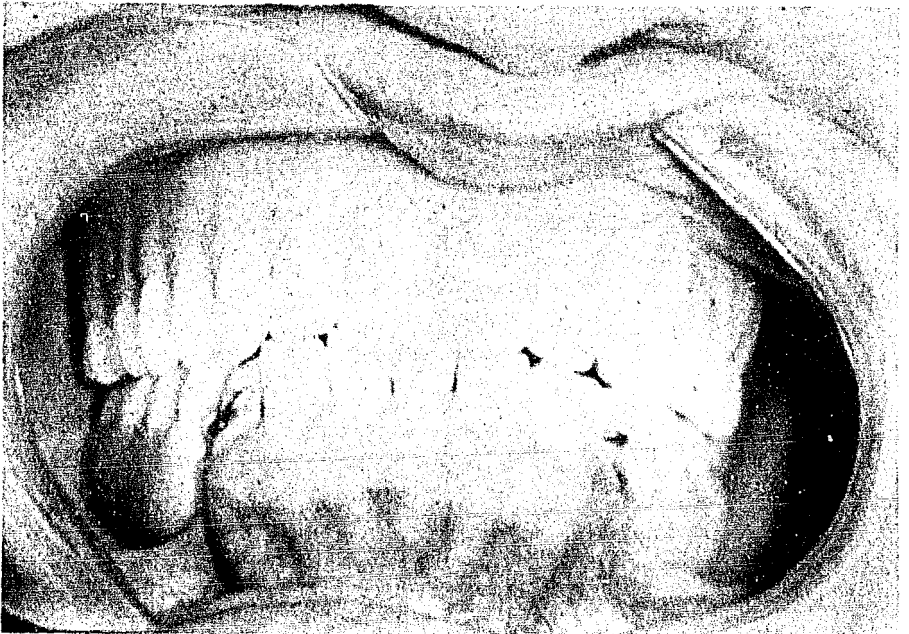
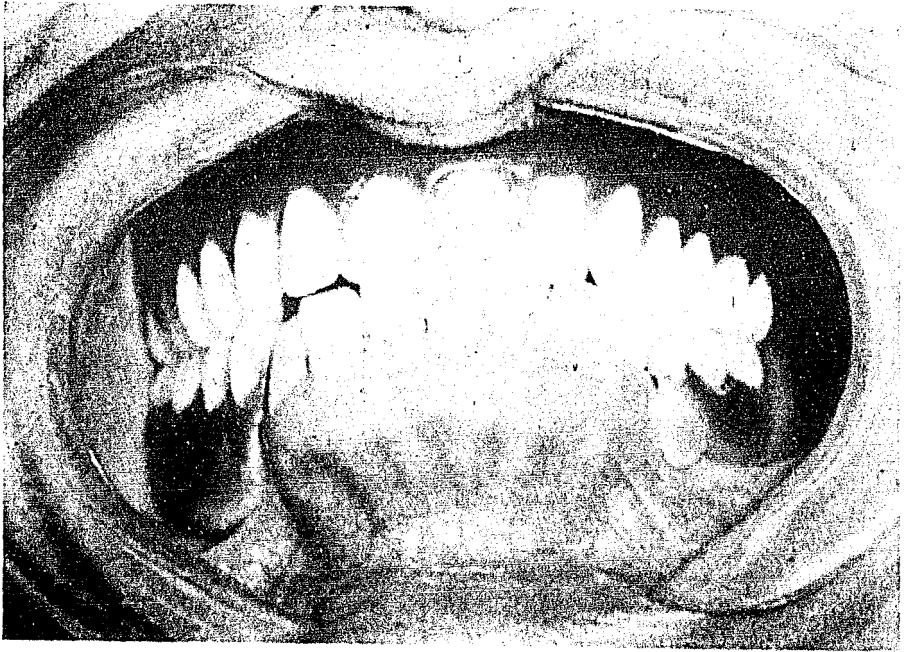


Fig.18. Terminado de prótesis total superior y parcial removible inferior colocadas ya en la boca de la paciente. (Fuente directa)



Fig.19.Aspecto de la prótesis total y la parcial removible inferior y terminadas y colocadas en la boca de la paciente. (Fuente directa).

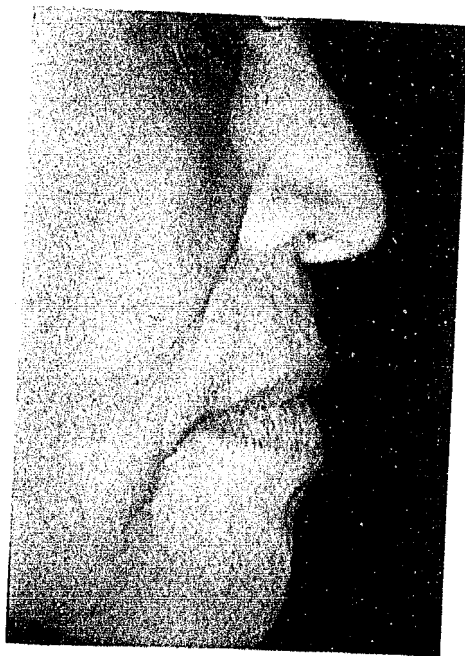


Fig.20. Perfil postoperatorio de la paciente, una vez colocadas las prótesis, obsérvese la recuperación de la dimensión vertical. (Fuente directa).

B I B L I O G R A F I A

- 1) Anaya, A., S.; Contreras, G., B., E.; Casasa, A.; Carrillo, F.J.: "Hiperplasia Fibrosa Gingival Idiopática con compromiso Oseo Extenso". Rev. ADM. Vol. 37 (4). Jul-Agos.1980.
- 2) Atwood, A., D.: "Reducción de los rebordes residuales en pacientes parcial o totalmente desdentados". Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Octubre 1973.
- 3) Beeson, P., B.: "Tratado de Medicina Interna" Tomo II. 14a. Ed. Interamericana. México 1979.
- 4) Braskar, S., N.: "Patología Bucal". Ed. El Ateneo. Argentina 1971.
- 5) Buchner A.; Calderón, S; Ramón y J.: "Localización de lesiones hiperplásicas en la gingiva". Un estudio clínico patológico de 302 lesiones., Rev. J. Periodontal, 1977: Feb. Vol. 48 (2).
- 6) Burket, L., W.: "Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento" 6a. Ed. Interamericana. México 1973.
- 7) Capuselli, H.,O.: "Prostodoncia total". 4a. Ed. U.N.A.M. - México 1981.
- 8) Cedillo, P., S.; Barrera, M.M.; González, M.L.: "Hiperplasia Gingival Hereditaria" (Reporte de una familia afectada en dos generaciones). Rev. ADM. Vol. 38(2). Mar-Abr. 1981.
- 9) Costich, E., R.: "Cirugía Bucal". Ed. Interamericana. México 1980.
- 10) Del Río de las Heras, Fernando.: "Corrección quirúrgica de los rebordes alveolares". Anales Españoles de Odontostomatología. Madrid. Nov. Dic. 1979.
- 11) García, H.R.: "Reporte de un caso clínico de Prótesis". Rev. ADM. Vol. 29 (5) Sep-Oct. 1972.
- 12) Glickman, I.: "Periodontología Clínica". 4a. Ed. Interamericana. México 1979.
- 13) Gorling, R., I. "Patología Oral de Thoma". 1a. Ed. Salvat—Editores, México 1980.

- 14) Grant, A., D.: "Periodoncia, teoría y práctica". 4a. Ed. -- Interamericana. México 1980.
- 15) Grieder, A.; Cinotti W.: "Prótesis periodontal" Vol. I. - Ed. Mundi, S.A. Argentina 1983.
- 16) Grinspan, David.: "Enfermedades de la boca; Semiología, -- Patología, Clínica y terapéutica de la mucosa bucal, Tomo I, II y III.; Ed. Mundi. Argentina, 1980.
- 17) Kaufman, A.; Neuman, H. "Iatrogenic Images caused by dental procedures, foreign bodies in the oral cavity". Rev. - Quintessence. Vol. 14 (3). Marzo 1983.
- 18) Kerschbaum, T.: "Gingival hiperplasia in bar joint prostheses". Rev. Zahnerztl. Vol. 30. (2). Febrero 1975.
- 19) Kruger, G., O.: "Tratado de Cirugía Bucal". 4a. Ed. Interamericana. México 1979.
- 20) Legarreta, L.: "Sección de Parodoncia, clasificación de las enfermedades parodontales". Rev. ADM. Vol. 65 (15). - Abril 1984.
- 21) Luberty, R., I.: "Radiology applied to the location of root remnants in the maxillary sinues". Rev. Circ Argent - Odontol. Vol. 43 (158). Diciembre 1981.
- 22) Meister, Frank, J.; E. Each., Davis; Engel, L., Herbert: - "Dentaduras inadecuadas, Cirugía para tejido hiperplásico" Rev. ADM. Vol. 53 (12). Nov-Dic. 1977.
- 23) Molina, M.J.L.: "Sinusitis maxilar, Rev. Práctica odontológica. Vol. 5 (3). Abril 1984.
- 24) Morton, R.P.: "Facial swelling, dental extraction and maxillary cancer letter" Rev. S. Afr. Med. Vol. 65 (15). Abril 1984.
- 25) Mújica, C., R.: "La prótesis como parte de una odontología integral". Rev. ADM. Vol. 36 (5). Sep-Oct. 1979.
- 26) Osawa, K., J.: "Prostodoncia total". 4a. Ed. U.N.A.M. México. 1980.
- 27) Quiroz, F.,: "Patología Bucal". 5a. Ed. Porrúa, S.A. México 1979.

- 28) Ries Centeno, G., A.: "Cirugía Bucal". 8a. Ed. El Ateneo.- México 1980.
- 29) Shaffer, W., G.: "Tratado de Patología bucal", 1a. Ed. Interamericana. México 1983.
- 30) Sharry, J., John.: "Prostodoncia dental completa". 1a. Ed. Toray, S.A. Barcelona 1977.
- 31) Schluger, S.D.D.S.: "Enfermedad periodontal. Fenómenos básicos, manejo clínico e interrelaciones oclusales y restauradoras". Ed. Continental, S.A. México.
- 32) Swason, A., E.; Sponge, I.D.: "Traumatic hyperplasia of the gingiva alveolar fibrosis". Rev. Can Dent. Assoc, Vol. (47) (1). Junio 1981.
- 33) Velázquez, T.: "Anatomía Patológica Dental y Bucal" Ed. - la Prensa Médica Mexicana. México 1977.
- 34) Wessberg, A., George; Murray, K., Jacobs; Larry, M. Wolford Walker, V., Robert., "El manejo preprotético de cresta alveolar atrófica severa". Rev. ADM. Vol. 104. Abril 1982.
- 35) Zimbron, L., A.: "Prostodoncia total". 3a. Ed. U.N.A.M. México 1981.