

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA LE OR.GEN

LESIONES EN MUCOSA ORAL MAS COMUNES CAUSADAS POR
PROTESIS TOTALES DEFECTUOSAS

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ROBERTO COELLO PEREYRA

ASESOR: DR. FERNANDO LOPEZ CABRAL

GUADALAJARA, JAL., 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

" LESIONES EN MUCOSA ORAL MAS COMUNES CAUSADAS POR
PROTESIS TOTALES DEFECTUOSAS. "

I N D I C E

	PAG.
Introducción.....	1
CAPITULO I Inserciones musculares de la cavidad oral.....	3
CAPITULO II Delimitación de la zona chapeable...	16
A) Ajuste muscular.....	16
B) Ajustes de bases duras.....	30
CAPITULO III Lesiones más comunes de la prótesis total en mucosa oral.....	37
Conclusiones.....	52
Bibliografía.	

I N T R O D U C C I O N .

De las muchas investigaciones y datos aportados enfocados hacia la prostodoncia total concerniente a la mucosa oral, nos hemos dado cuenta que en muchas ocasiones se cometen una serie de lesiones o errores que en muchas veces se nos pasan desapercibidas; estos errores se ven frecuentados tanto en el momento de las impresiones preliminares hasta el enfrascado de la dentadura, claro que en cada paso que se realiza en el procedimiento de la prótesis total se ven concurridas estas series de lesiones en la mucosa oral.

Cuando se termina el procedimiento de una prótesis total y se inserta en la boca del paciente con más claridad nos damos cuenta de estos errores y ya los venimos apreciando después de que el propio paciente nos lo remite y nosotros como responsables del trabajo nos vemos en la necesidad de realizar algunos ajustes a la dentadura, para que este tipo de lesiones no se vean muy transcurridas se realiza esta tesis que hablará desde los conocimientos básicos de las diferentes inserciones musculares de la cavidad oral hasta nombrar las lesiones más comunes que se presentan en la cavidad oral y cuales las causas que las originan. Las aportaciones que mencionamos enseguida es con -

el fin de ayudar a la mejoración de nuestro paciente edéntulo, esperando que sirva de provecho el desarrollo de éstos temas importantes para la elaboración de una prótesis total, así como tener conocimiento de las lesiones de la mucosa oral más comunes y poder identificarlas y así poder ser corregidas.

C A P I T U L O I

INSERCIONES MUSCULARES DE LA CAVIDAD ORAL.

Antes de estudiar los músculos específicos de la cavidad oral y conocer sus inserciones para la adaptación y función de una prótesis total, es importante tener presente dos propiedades generales del tejido muscular.

1.- Cada músculo se compone de varias fibras pequeñas mantenidas juntas por una aponeurosis delgada, que permite la separación de los músculos de otras estructuras anatómicas de la zona.

2.- Cada músculo tiene un origen y una inserción. Si conocemos el origen y la inserción de cada músculo, será bastante fácil comprender su función específica. Por lo general, el origen es un punto fijo, es decir que no se mueve; la inserción suele estar unida a un punto que si es móvil. Por tanto cuando un músculo se contrae, la inserción del músculo se mueve hacia su sitio de origen. Esto quedará claro cuando se estudie un músculo específico.

Los músculos que estudiaremos a continuación son del tipo esquelético (músculo estriado) y comprende al grupo de los músculos masticadores, masetero, temporal pterigoideo interno, y pterigoideo externo.

Músculo Masetero.-

Este músculo está formado de fascículos superficiales y profundos. El fascículo superficial se origina en el borde inferior del arco cigomático, a nivel de la sutura cigomáticotemporal.

Músculo Temporal.-

El músculo temporal es un músculo grande, en abanico, - que nace en la fosa temporal y en la cara profunda de la - aponeurosis temporal.

Lateralmente, está cubierto por la piel, la aponeurosis superficial, los delgados músculos musculares, las ramas - auriculotemporales del nervio facial, las arterias tempora- les superficiales y la aponeurosis temporal. Por debajo del borde superior del hueso cigomático, el músculo temporal está en relación con la bola adiposa de Bichot, los músculos- pterigoideo interno y la arteria maxilar interna.

El músculo temporal está formado por varias hojas pla - nas que tienen un origen en la fosa temporal y la aponeuro- sis temporal. Estas hojas se unen al pasar por la parte inferior. Las fibras posteriores corren en sentido anterior,-

en dirección transversal. Las fibras medias corren oblicuamente, en dirección vertical y anterior, y las fibras anteriores y profundas corren en dirección vertical y ligeramente posterior, las fibras medias y posteriores de las capas superficiales se unen en un tendón central, que se inserta en el vientre de la cara externa de apófisis coronoides. El tendón se extiende por debajo a lo largo del borde anterior de la rama.

Las capas profundas se insertan en la cara media de la apófisis coronoides, donde terminan en un tendón el cual se extiende por la cara media del borde anterior de la rama. A veces, las fibras temporales llegan a la prominencia milohioidea en el trigono retromolar, inmediatamente detrás del último molar.

En esta región, las fibras del músculo temporal entran en contacto con el bucinador, constrictor superior, y milohioideo. Las fibras anteriores del músculo temporal son carnosas y se insertan en la cara anterior de la apófisis coronoides. Las fibras anteriores mueven la mandíbula hacia arriba, las medias hacen que se mueva hacia arriba y ligeramente hacia atrás, y las posteriores la hacen retroceder después de haberse movido hacia adelante.

Músculo Pterigoideo Interno.-

Está formado por dos vientres, el posterior y el anterior, de los cuales el posterior es más profundo y mucho más grande. El vientre posterior tiene su origen parcialmente en la cara media de la lámina central de la apófisis pterigoides y parcialmente en la apófisis piramidal del palatino. El pequeño vientre anterior tiene un fuerte origen tendinoso en la tuberosidad del hueso palatino y en la parte inferior del pterigoideo externo. Las fibras corren hacia abajo, hacia fuera y hacia atrás, formando un grueso músculo cuadrangular que se aplana de su lado externo al interno, las fibras que tienen su origen en la parte inferior del pterigoideo externo se encuentran entre los dos vientres del músculo pterigoideo interno. Las fibras de los dos vientres se unen al descender hasta un área triangular de la cara media de la rama ascendente de la mandíbula. La línea milohidea es un lado del triángulo; el ángulo de la mandíbula forma los otros dos lados. Por tanto este músculo se dirige hacia abajo, otras y afuera para insertarse en la superficie interna del maxilar inferior, en la zona del ángulo.

Músculo Pterigoideo Externo.-

Este es el músculo más corto de la musculatura mastica-

toria. Nace con un fascículo superior y un fascículo inferior.

El fascículo superior se origina en la superficie inferior del ala mayor del hueso esfenoides. El fascículo inferior nace en la cara externa de la apófisis pterigoides y - la superficie posterior de la tuberosidad del maxilar. Una vez más debido a que el pterigoideo externo es medial y anterior al cóndilo mandibular, las fibras del fascículo superior se extienden casi rectas hacia atrás y afuera para internarse en la cápsula y el disco articular de la articulación temporomandibular. Las fibras del fascículo inferior - se extienden hacia atrás, afuera y arriba para internarse - en la cabeza del cóndilo mandibular. Cuando este músculo se contrae, la cabeza del cóndilo, precedida por el disco articular, va en dirección anterior, medial e inferior. Cuando el músculo pterigoideo externo se contrae de un lado, el movimiento es hacia adelante y al lado opuesto. El efecto neto es llenar la mandíbula hacia el lado opuesto del músculo que funciona.

El siguiente grupo de músculos que se va a analizar corresponde a los suprahioides y que son el: músculo genihioides, músculo milohioides, músculo etilohioides y por último

el músculo digástrico.

Estos músculos tienen una función doble, pues además de hacer que descienda la mandíbula, intervienen en el mecanismo de la deglución, además que todos los músculos hioideos intervienen en la fonación. Considerando estos dos factores que son la deglución y fonación veremos que son importantes en la fabricación de una prótesis total. A continuación ex plican las inserciones musculares de estos músculos:

- Músculo Genihioideo.-

Este músculo se origina en el par inferior del tubérculos genianos, en la superficie interna del maxilar inferior y se inserta en la cara anterior del cuerpo del hioides. - Cuando se contrae, si el hueso hioides no está inmovilizado por los músculos infrahioideos, se dirige hacia adelante y arriba. Si el hueso hioides está fijo, este músculo actúa como depresor de la mandíbula.

- Músculo Milohioideo.-

El músculo milohioideo nace en la línea oblicua interna (milohioidea) en la superficie interna del maxilar inferior. La mayoría de las fibras van directamente hacia la línea me dia para reunirse con el músculo milohioideo del lado opues

to en una banda tendinosa denominada rafe milohioideo. Algunas de sus fibras posteriores se dirigen hacia atrás y abajo para insertarse en el cuerpo del hueso hioides. Este músculo forma el piso de la cavidad bucal, y al contraerse, eleva el hueso hioides y el piso de la boca.

También permite que la lengua se eleve contra el paladar duro cuando se habla o se come; en circunstancias similares a las del músculo genihioides ayuda a descender la mandíbula.

- Músculo Estilohioideo.-

Este músculo se origina en la apófisis estiloides del hueso temporal y se dirige hacia abajo y adelante.

Cuando se acerca al tendón del músculo digástrico se divide en dos porciones, una interna y otra externa para dar paso al digástrico, luego se reconstituye y se inserta en el hueso hioides.

- Músculo digástrico.-

Este músculo se compone de dos vientres, uno posterior y otro anterior, unidos por un tendón intermedio. El vientre posterior se origina en la porción mastoidea del hueso-

temporal, se extiende hacia adelante y se inserta en el hueso hioides por medio de un cabestrillo aponeurótico que rodea al tendón y conecta los fascículos anterior y posterior.

El vientre anterior del digástrico se origina en la fosa digástrica localizada en el borde interno del maxilar inferior en la zona de la sínfisis y se inserta en el tendón que lo conecta con el vientre posterior.

Cabe señalar que el tendón de conexión entre los dos vientres no está unido directamente al hueso hioides, sino que está sujeto a él por medio de un asa aponeurótica.

Las acciones de los músculos digástricos son variadas, pero si nos detenemos a pensar en el origen y las inserciones, estas serán fáciles de comprender. Si el vientre posterior se contrae, el hueso hioides retrocede, si se contrae el vientre anterior, el hueso hioides va hacia adelante. Los digástricos también ayudan en la retracción y el descenso del maxilar inferior cuando el hueso hioides está fijo.

El otro grupo de músculos son de la cara que también forman parte en este capítulo que son: orbicular de los la

bios, músculo borla de la barba, músculo risorio y cuadrado del mentón.

Orbicular de los labios:

Este complicado músculo se forma de fibras que provienen de varios sitios. Las fibras más profundas vienen en parte, del buccinador y en parte del tabique vertical musculotendinoso que se extiende a la comisura labial. Las fibras se derivan entre sí o se insertan en la porción profunda de la piel y mucosa de los labios. Los haces musculares se cruzan en el centro, se decuran con las fibras del lado opuesto y se insertan en la piel del lado contrario, junto con las fibras del músculo elevador superior, con las que forman el philtrum (depresión que se extiende desde la base de la nariz hasta el vértice del labio superior).

Los músculos radiales penetran a los labios desde arriba, abajo y los lados. Y se insertan principalmente en la piel sin llegar a la línea roja de los labios como las fibras profundas.

- Músculo borla de la barba:

Este pequeño músculo par, nace en la mandíbula a cada lado de la protuberancia mentoniana.

Las fibras se extienden en dirección interna y externa, superior e inferior. Las fibras que pasan hacia abajo terminan en la piel de la porción inferior del mentón. Las fibras superiores terminan en el músculo orbicular de los labios. Las fibras laterales terminan cerca de las comisuras labiales, en tanto que las fibras internas se unen en la línea media, inmediatamente debajo de los labios.

- Músculo Risorio:

Este músculo nace en la aponeurosis del músculo masetero en su borde anterior. Continúa hacia adelante atraviesa el carrillo y se inserta en la piel y la mucosa de la comisura labial. Cuando este músculo se contrae, da la expresión de risa o alegría en el paciente.

Cuadrado del Mentón:

Este músculo se origina en el maxilar inferior aproximadamente en la misma zona que el músculo de la comisura labial. Para adentro de este músculo y se inserta en los tejidos profundos del labio inferior. Las fibras de los músculos cuadrados del mentón izquierdo y derecho pueden entremezclarse o superponerse en la línea media. En este músculo tendremos cuidado ya que es involuntario, al momento

to de asentar la prótesis total. Ya que con sus movimientos involuntarios sustrae profundidad al vestíbulo anterior de la mandíbula.

Por último tendremos al siguiente grupo de músculos -- que desempeñan un papel importante en la deglución, en la fonación y la masticación, por lo que señalaré los más importantes, los que se ven relacionados con la prótesis total.

- Músculo Palatagloso:

Este músculo, que forma el pilar anterior de las fauces, nace en la base de la lengua y se inserta en el paladar blando. Cuando este músculo funciona, eleva los bordes laterales de la lengua hacia arriba y atrás y lleva los lados del paladar blando hacia abajo. El efecto neto de este movimiento es de estrechar el istmo (abertura) de las fauces amigdalinas.

- Músculo Periestafilino Externo:

El periestafilino externo es un músculo delgado y plano que nace en la línea que se extiende desde la espina angular del borde posterior del ala mayor del esfenoides, inmediatamente detrás de los agujeros oval y esfenoespinoso,

y en la fosita escafoidea y la raíz de la lámina pterigo -
media. También nacen muchas fibras en la porción membrano -
sa de la trompa de Eustaquio, las fibras que pasan hacia -
abajo, detrás y en la línea media del pterigoideo interno.
Al descender, convergen en un tendón angosto, asentado, -
que se dobla alrededor de la cara externa del hómulo, del -
que están separados por una pequeña borla renoca. El ten -
dón se encorva alrededor del gancho pterigoideo en ángulo -
recto y para horizontalmente a la parte anterior del pala -
dar blando, donde se ensancha y se funciona con la aponeu -
rosis palatina, muchas fibras atraviesan la línea media -
hasta el lado opuesto, en tanto que otras se insertan en -
borde posterior del paladar duro, la contracción de este -
músculo pone en tensión la aponeurosis, que entonces se --
convierte en una faja fija a la que se adhieren los otros -
músculos del paladar.

Esta parte del paladar es más o menos estable, pues -
cambia la región flexible no muscular que está inmediata -
mente detrás del paladar duro, es de considerable importan -
cia en la retención de la prótesis total superior, pues de -
termina su fijación posterior.

- Músculo Periestafilino Interno:

El periestafilino interno funciona para elevar el paladar, acción que está sincronizada con la contracción del periestafilino externo y el palatoestafilino, que pone en tensión la aponeurosis y dilatan la trompa de Eustaquio durante la deglución. El periestafilino interno nace en la cara inferior del peñasco, en la línea media del orificio externo del conducto canotádeo. También nacen algunas fibras en la porción cartilaginosa de la trompa de Eustaquio, que forman un músculo redondo el cual pasa oblicuamente -- hacia abajo, hacia delante y hacia dentro junto a la trompa.

Debajo del orificio de la trompa de Eustaquio, el músculo forma una prominencia elevadora redondeada en lugar -- en que se une al borde lateral del paladar blando, entonces, el músculo se vuelve horizontal y sus fibras se ensanchan para insertarse en la cara superior de la aponeurosis palatina. Detrás de la aponeurosis las fibras musculares -- cruzan con la línea media y se entremezclan con las del lado opuesto para formar una honda continua.

C A P I T U L O I I

DELIMITACION DE LA ZONA CHAPEABLE.

- A) Ajuste muscular.
- B) Ajustes de bases duras.

La delimitación de la zona chapeable la vamos a estudiar en dos aspectos que son importantes, lo que es el ajuste muscular y la adaptación de bases duras sobre el modelo de yeso-piedra para esto.

Es muy importante tener la habilidad y conocimientos necesarios en el ajuste muscular durante la toma de impresión, ya que de este depende la confección de los modelos de yeso-piedra para la posterior adaptación de las bases duras y no permitir errores post-inserción que nos llevaría a un fracaso y por lo consiguiente la no conformidad con el paciente.

Aquí se desarrollan estos 2 incisos importantes en la prostodoncia total como son el ajuste muscular y la adaptación de bases duras.

A.- Ajuste Muscular.-

Antes de empezar los ajustes musculares durante una impresión, haremos una introducción de lo que es una impresión y sus materiales.

El procedimiento de la impresión es simplemente un medio de registrar los detalles de la zona del asiento de base de modo que puede hacerse un modelo en yeso-piedra. Sin

ese modelo no se pueden formar ni la placa base de prueba ni la dentadura.

Cuando estas placas bases de prueba y las dentaduras se puedan hacer fácilmente dentro de la boca, las impresiones se consideraban la fase más importante en la construcción de la dentadura, pero, al aumentar los conocimientos sobre los movimientos de la dentadura, se ha reducido la relativa importancia de las impresiones e incrementado de la oclusión.

La impresión debe cubrir la mayor área posible sin interferir con los movimientos normales del músculo. Cuando cubre la zona mayor, las fuerzas de masticación se distribuirán por la máxima base, minimizando por tanto, la fuerza en cada milímetro cuadrado. Sin embargo, si la impresión cubre ligamentos musculares, la dentadura se desplazará con cada movimiento de los músculos, o causará ulceración en la mucosa fundamental.

En algunas ocasiones los ligamentos musculares están tan cerca de la cresta del reborde que no se puede tomar una impresión sin cubrirla. En estos casos, el paciente debe ser entrenado para limitar los movimientos de los músculos y la impresión debe hacerse a este nivel de movimiento.

Una ligera sobreextensión de la impresión se puede corregir en la dentadura final, pero una relación vertical o céntrica incorrecta es sumamente difícil de corregir. No hace falta decir que, cuanto más exacto es la impresión, más probable es que la dentadura salga bien. Las impresiones malas difícilmente son corregibles en la dentadura acabada.

Las impresiones de las dentaduras se hicieron durante algún tiempo sin preocuparse de función muscular que incluían. Se usaba yeso, cera o gutapercha sin acomodar los músculos con el fin de conseguir una impresión del asiento de base. Los bordes de la dentadura se hacían arbitrariamente cortos, de modo que no tropezarán con los movimientos de los músculos. Ahora la mayor parte de las impresiones se hacen con vistas al movimiento funcional de la musculatura.

En el momento actual, las impresiones se hacen con presión fuerte. Las impresiones de boca cerrada o abierta son las que con más frecuencia se usan.

Los materiales de impresiones comunmente usados son el alginato y la modelina usando para estos el porta-impresión y el yeso-piedra para confeccionar el modelo de trabajo.

jo. Claro que la cubeta de impresiones debe tener suficiente espacio libre en todos los bordes dentro de la boca del paciente.

A continuación se describirá una técnica de impresión que a diferencia de los autores que la describen el ajuste muscular varía. Siendo la técnica de ajuste muscular por zonas la de más aceptación.

La impresión superior preliminar, el primer paso es relacionar una cubeta perforada o de tipo de borde cerrado, deberá ser suficientemente largo para alcanzar la hendidura pterigomaxilar en la parte posterior mientras que deja un espacio de 60 mm. anteriormente.

Se mezcla el alginato y se pone en la cubeta. Es conveniente colocar el material sobrante en el pliegue mucobucal labial con los dedos antes de insertar la cubeta para impedir que entre aire. La cubeta cargada se coloca cuidadosamente, usando solo la suficiente presión para que se pongan en contacto los bordes. Al paciente se le manda abrir la boca del todo, tirar de los labios hacia abajo y luego relajarse. La impresión debe incluir la hendidura pterigomaxilar, así como los rebordes y el área de la bóveda éstas son las impresiones preliminares, ya que tenemos

la cucharilla individual, calentamos un palo de godiva rojo o verde, se coloca un rollo de 3 a 4 mm. de grueso por encima del borde de la cubeta desde el frenillo anterior - hasta la tuberosidad. Esto debe ser calentado con una antorcha de mano y llevado a un baño de agua de 58 a 66°C antes de insertarlo en la boca del paciente.

Una vez en la boca del paciente se le pide que abra mucho la boca, mueva la mandíbula inferior de lado a lado y los labios hacia abajo tanto como pueda. Estos movimientos se tienen que suceder rápidamente antes que el compuesto - se enfrie.

Se vuelve a calentar siguiendo el mismo procedimiento en el lado contrario. Se tendrá cuidado en la región del frenillo anterior para lograr libertad completa de este tejido. Ahora se establecerá el límite posterior de la dentadura. Se le pide al paciente abrir mucho la boca y repetir el sonido -- ah -- varias veces.

La impresión inferior, una vez tenida la impresión primaria el ajuste de los músculos de las porciones labial y bucal se puede conseguir indicando al paciente que mueva el labio inferior hacia arriba y hacia adentro, el borde lingual, debe estar más ajustado se harán en 4 segmentos -

particularmente el borde linguodistal hacia arriba al área - premolar, el área premolar a la línea media, y los dos segmentos en el lado opuesto. Cuando se coloca un rollo generoso de godiva en el primer segmento, se inserta la cubeta y al paciente se le manda sacar la lengua fuera del ángulo - opuesto de la boca, luego colocarla en la mejilla opuesta, y, con la boca muy abierta, en el paladar anterior. Se repite - muchas veces.

La región desde el área premolar a la línea media se - ajusta después. Al paciente se le indica que coloque la lengua en las dos mejillas, estos movimientos se mezclan rápidamente. El lado contrario se ajusta de igual manera. Esta técnica de ajuste muscular en el momento de la impresión es seguir el Doctor John J. Sharry.

Otro tipo de ajuste muscular es el que dicta el Doctor - José Y. Ozawa Deguchi, el porta-impresión es recortado y llenado con alginato se sostiene firmemente con la mano izquierda.

Con el asa hacia afuera, con los dedos hendidos modele - el alginato, con el índice extiéndalo hacia fuera para engrosar los bordes y marque un surco en el material que correspondería al reborde alveolar; modele ahora con el pulgar el-

contorno y grosor palatino; comience en la línea media, continúe por los lados y termine con la parte posterior, convenciando la prominencia que corresponde a la bóveda palatina.

Indique al paciente que cierre ligeramente la boca, y -- lleve el labio superior hacia arriba y adelante, efectúe la retracción del labio superior colocando el lado índice y el pulgar de la mano izquierda por debajo del labio y a los lados de la línea media.

Centre el porta-impresión a su posición definitiva, y -- llévelo de modo que la parte anterior del reborde residual -- haga contacto con el alginato, asiente el porta-impresión en la parte anterior permitiendo el escurrimiento de un pequeño exceso de material en el fondo del saco labial. Suba la parte posterior del porta-impresión hasta que el alginato en -- encuentre un contacto firme con los tejidos: indique al paciente que respire por la nariz; esto ayuda al sellado posterior nasofaríngeo y previene el escurrimiento del material hacia atrás; aplique sobre el porta-impresión una presión controlada y equilibrada hacia arriba y atrás; coloque el índice de cada mano sobre la superficie inferior del porta-impresión -- en los lados.

Continúe aplicando la presión ahora controlada por la re

sistencia del material: indique al paciente que pronuncie varias veces la palabra ; ah ! provoca la acción del paladar - blando y nos transfiere la posición de la línea de vibración sobre el material.

Impresión inferior, coloque el porta-impresión preparado hacia la boca del paciente, indique a este que llegue la -- lengua, centre el porta-impresión y traccione los carrillos- para asegurarse de que éstos no queden atrapados bajo el por- ta-impresión.

Indique al paciente que relaje la lengua. Asiente firme- mente el porta-impresión con un movimiento hacia abajo.

Coloque el dedo pulgar derecho debajo del mentón del pa- ciente y los dedos índices y medio sobre el borde superior - del porta-impresión, en la zona correspondiente a los premo- lares derecho e izquierdo, respectivamente, aplicando des -- pués una presión moderada, pídale al paciente que saque y -- proyecte la lengua hacia adelante; para asentar el porta-im- presión pueden emplearse también ambas manos; en este caso - se coloca el pulgar debajo de la rama horizontal y los dedos índices y medios sobre el porta-impresión, en la región de - los premolares a derecha e izquierda. Esto es en sí la técni- ca del doctor Ozawa.

A continuación se describirá la técnica del Doctor George E. Smuko: se selecciona un porta-impresión adecuado se le agrega el material, que en este caso es la modelina, se sumerge en agua a una temperatura de 56- a 60°C.

El paciente se encuentra en posición erguida y el operador se coloca a un lado y hacia otros de él. Una vez que el porta-impresión haya sido colocado en su lugar y centrado en relación al maxilar, el labio superior es levantado para exponer todo el aspecto labial del reborde residual. La posición del porta-impresión relativo al plano horizontal se encuentra más cercana del reborde en la región anterior y deprimida en la región de la tuberosidad, el porta-impresión se mueve hacia arriba y atrás. Tan pronto como la zona labial se llene, se libera el labio, y ambos dedos índices se colocan en dirección posterior a lo largo del porta-impresión, posicionando la sección posterior en la altura deseada. Los labios y carrillos se comprimen con los dedos hacia la línea media. El porta-impresión es estabilizado por presión digital hasta que la modelina haya enfriado lo suficiente para evitar distorsión. Esto es en sí un ajuste preliminar en la toma de impresión superior. En la impresión final se separa el porta-impresiones de modelina del porta-impresiones metálico.

Esta técnica da como resultado bordes sobreextendidos, - por lo que será necesario ajustar la sobreextensión.

Ya que tenemos ajustado el porta-impresión de modelina - se realiza la rectificación final, se realiza en segmentos - equivalentes a terceras partes. El borde posterior izquierdo o derecho se temple en agua y se coloca en la boca del pa -- ciente, se estabiliza con los dedos y se rectifica el borde, ya sea por medios digitales, haciendo presión sobre la mano- de los carrillos, o por el control del paciente moviendo el- carrillo hacia la línea media con un movimiento de tracción- o de succión. La posición posterior opuesta se realiza de la misma forma. El tercio restante que es la zona de la perife- ria anterior, se temple el material, se introduce en la boca levantando también el labio que después es liberado sobre el borde reblandecido. Se estabiliza con los dedos y se pide al paciente que deprima el labio como lo diga el operador.

Esto deberá delimitar la altura y anchura de la aleta la bial así como del sitio para el frenillo anterior. La apófi- sis coronoides de la mandíbula deberá ser revisada y libera- da del borde distobucal del porta-impresiones.

Aquí el porta-impresiones se estabiliza con el dedo índi ce y se le pide al paciente que toque el dedo con la porción

anteroinferior del borde residual y que mueva o frote la man
díbula de lado a lado.

Para el sellado posterior se le agrega una barra verde -
de modelina flameada a 50°C. Posteriormente se inserta en la
boca del paciente presionando ligeramente con el dedo índice
en la parte posterior después de haber hecho estos pequeños-
ajustes se dará el modelo de trabajo. La toma de impresión -
maxilar inferior: El primer paso a efectuar es insertar el -
portaimpresión y se estabiliza con los dedos mientras que el
paciente mueve el labio inferior de lado a lado con la punta
de la lengua. El resultado deseado es un borde lingual uni -
forme y ancho. El borde lingual se termina en tercios, el es
pacio retromilohioideo en lado izquierdo y derecho se trata-
de la misma manera con la lengua dirigida hacia el carrillo -
opuesto, así como con la acción del movimiento del labio. -
Los bordes bucal y labial se terminan en segmentos equivalente
s a terceras partes. Se aplica la modelina en barra a la
zona de la línea oblicua externa, se acondiciona y se coloca
el porta-impresión en la boca estabilizándola con los dedos.
El carrillo se deprime con la mano hacia la línea media para
lograr un borde redondeado y limitar la extensión del levanta-
miento vestibular. El aspecto labial se trata de la misma
manera, estabilizando el porta-impresiones y determinando el

fondo de saco mucolabial mediante la manipulación del labio. En la zona del cojinete: retromolar se le pide al paciente- abrir la boca con amplitud varias veces.

Por último tenemos la técnica que usa el doctor Felipe- de Jesús Robles Santana. En esta técnica él emplea cinco mo vimientos para el maxilar superior y 6 movimientos para el- maxilar inferior.

Los ajustes musculares para la toma de impresión del ma xilar superior son los siguientes:

- Ajuste zona 1.- Es una zona homologada a la inferior. - Abarca la región de las caras vestibulares de los molares superiores. En esta zona se insertan algunas fibras del - buccinador, se hace el ajuste zona por zona, jalando el - carrillo hacia afuera y adelante; se le hará movimiento - de la mandíbula inferior el lado contrario de la zona que estamos ajustando. Con este movimiento impresionaremos la apófisis coronoides del maxilar inferior si es que éste - interfiriera en la prótesis superior.
- Ajuste zona 2.- Es zona par y abarca la región del surco- hamular, aquí encontramos el músculo plerigo-palatino. Se ajusta haciendo que el paciente abra la boca en su máxima

distensión dos o tres veces. Ambas zonas se ajustarán simultáneamente.

- Ajuste zona 3.- Zona par también, abarca la región vestibular de los premolares. Encontramos el frenillo bucal en uno o más fascículos, se ajusta jalando la mejilla hacia afuera, abajo, adentro, adelante y atrás, para que la impresión del frenillo se haga en abanico y no en forma de "V". El ajuste se hará zona por zona.
 - Ajuste zona 4.- Como es una zona impar, abarca la región de las caras vestibulares de los incisivos y caninos. A la mitad de esta zona está el frenillo labial. Se hará el ajuste tirando el labio superior hacia afuera, abajo, derecho e izquierda, para impresionar el frenillo en forma de abanico y no en forma de "V"
 - Ajuste zona 5.- Llamada también zona del ¡ ah !, zona del post-dam, se encuentra en la división del paladar duro y paladar blando. Nos da la pauta para extender la zona cha peable hasta ésta línea. Normalmente, encontramos unas - depresiones llamadas foseolas a un mm. del rafe medio.
- Para el ajuste muscular del maxilar inferior como ya se - dijo anteriormente son 6 y son:

- Ajuste zona 1.- Abarca la región de las caras vestibulares de los molares. En esta zona se inserta parte del músculo masetero y parte del buccinador. Es una zona par, se hará el ajuste, primero en la izquierda y luego en la derecha, se hace presionando el carrillo hacia afuera, -- arriba y adentro.

- Ajuste zona 2.- Abarca la región más posterior de la zona chapeable, detrás de la papila retromolar o papila mirti-forme. Es una zona por la cual será impresionada sin -- aplastamiento de ninguna especie.

- Ajuste zona 3.- Esta zona abarca la región vestibular de los premolares. En esta zona está la inserción tendinosa del buccinador y el frenillo bucal. Se ajusta haciendo -- tracción del carrillo hacia afuera, arriba, adentro, adelante y atrás.

- Ajuste zona 4.- Es una zona impar, abarca la región vestibular de los incisivos y caninos. Encontraremos varios -- músculos: orbicular de los labios, triangular, cuadrado y también la inserción del frenillo labial en uno o varios fascículos. Su ajuste se hace presionando el labio inferior hacia afuera y arriba, hacia la derecha o izquierda.

- Ajuste zona 5.- Esta zona impar abarca la región lingual de los incisivos o zona de la apófisis geni. Encontramos la inserción del músculo genigloso y el frenillo lingual. Se ajusta haciendo que el paciente se toque el paladar lo más atrás posible con la punta de la lengua.

- Ajuste zona 6.- Zona par, abarca la región lingual desde, la terminación de la zona, hasta encontrar la zona 2. Encontramos la inserción del músculo milohioideo y se ajusta haciendo que el paciente se toque la comisura bucal - del lado contrario al que vamos a impresionar, con la punta de la lengua.

B) Ajustes bases duras.-

Generalidades (requisitos):

- 1.- La base dura cubrirá toda la zona chapeable tanto en el modelo superior como en el modelo inferior.
- 2.- El base-plate se trabajará de preferencia con calor húmedo.
- 3.- Si se trabaja con calor seco se humedecerán continuamente los dedos en agua fría.
- 4.- El borde de la base dura deberá ser redondeada sin pro-

longaciones filosas, para no lesionar el paciente.

- 5.- Los socavados de ambos modelos se cubrirán con el polvo de asbesto.
- 6.- Tener aproximadamente 2 mm. en la zona del paladar duro de la base maxilar y la aleta lingual de la base mandibular para que sea rígida.
- 7.- Poderse retirar fácilmente del modelo.
- 8.- Ser estable tanto en el modelo como en la boca.

El no ajustarse a estas normas permitirá el movimiento de las bases dentro de la boca, dando como resultado negativos maxilares imprecisos.

Los ajustes de las bases duras, se adaptan de formas diversas, dependiendo del material a utilizar a continuación se mencionarán las maneras diversas para la adaptación de bases duras en el modelo superior y el modelo inferior.

Adaptación de bases duras con base-plate:

- Base dura superior:

Se empezará a calentar y adaptar la mitad de la base dura, tomándola por la otra mitad fría. Se colocará el mode

lo y con los dedos húmedos se ajustará, usando el borrador del lápiz para ajustar el fondo de saco. Cuando se termine una mitad se enfriará en un chorro de agua y se tomará de una parte para ajustar la otra mitad.

Se marcará con el lápiz tinta una línea a 2 mm. fuera del fondo de saco en toda la periferia de la base dura, exceptuando la zona del post-dam. Con las tijeras para oro se corta el sobrante, teniendo como guía la línea previamente marcada y estando la base dura semi-calentada.

La cejilla sobrante se doblará hacia adentro para hacer que el borde de la base dura esté redondeado, rebajando con la piedra montada o la línea de uñas, las asperezas.

En la zona del post-dam se ajustará un alambre de 1/2 caña de acero inoxidable y la cejilla sobrante se doblará sobre este alambre. La base dura tendrá más resistencia a la fractura en las manipulaciones siguientes.

- Base dura inferior:

El procedimiento de ajuste de la base inferior será similar al de la base dura superior. Se ajustará primero una mitad tomándola por la otra mitad fría y con el borrador de lápiz se presiona hasta ajustar todo el fondo de saco. Se

enfria en un chorro de agua y se procede a terminar el ajuste de la otra mitad.

Con el lápiz tinta se marca por vestibular la línea a 2 mm. fuera del fondo de saco, para después recortarla con la tijera para oro, estando la base dura semi-calentada.

La cejilla sobrante se doblará hacia dentro para redondear el borde de la base-dura, rebajando las asperezas.

En la zona lingual se ajustará un alambre de 1/2 caña - de acero inoxidable y la cejilla sobrante se doblará sobre este alambre. La base dura inferior tendrá más resistencia a la fractura en las manipulaciones siguientes.

La adaptación siguiente se hace con material para base de - registro de laca:

Según el modelo final, se elige una forma de base de laca adecuada correspondiente a la arcada maxilar o mandibular. Todas las zonas retentivas deben bloquearse antes de - adoptar la base, se recomienda el asbesto húmedo ya que la laca requiere calor para ablandarse y éste puede distorsionar la cera y otros materiales plásticos. Para impedir que el material de la base se adhiera al modelo, debe rociarse-

primero con talco o remojar en agua durante un corto período, hasta que la superficie del modelo se humedezca.

Para adoptar la laca se pasa lentamente la flama de un mechero de bumer sobre su superficie hasta que tome un aspecto brillante y el material se coloque sobre el modelo se comprime firmemente con los dedos húmedos o con algodón húmedo para adoptar con previsión la laca a la porción palatina del modelo superior o la superficie lingual del modelo inferior. Entonces, el material se recalienta y adapta sobre la cresta del reborde y sus repliegues. Debe procederse con cuidado para evitar el atrapamiento de aire entre la laca y la superficie del modelo.

Con el material aún caliente y blando, se retira del modelo y recorta con tijeras, dejando aproximadamente 5 mm. más del borde del modelo. Luego se vuelve a colocar la laca calentándola de nuevo y se adapta con cuidado. Los bordes recortados se calientan con un mechero de Hanau, se levantan del modelo y se doblan sobre si mismos, bruñiéndolos con una espátula No. 7 de cera para formar un borde redondeado y liso.

Adaptación de placas bases de acrílico:

Estas bases representan el punto de apoyo de una prótesis total. Es importante que calcen perfectamente sobre los tejidos subyacentes y que se extiendan correctamente alrededor del borde del modelo.

El encerado:

1.- Placa base superior: Adapte una hoja de cera sobre el paladar extendiéndola, sobre el reborde alveolar, no sobrecaliente la cera a la llama; debe sólo ablandarla, llene el borde del surco con cera enviándolo con la parte superior del zócalo. Adapte una hoja de cera sobre todo el modelo. La placa base de cera será más gruesa en el centro y alrededor del borde.

Esta distribución del espesor aumenta la rigidez de la placa base y disminuye la distorsión.

El escalón en el paladar y alrededor del borde proporciona un lugar para la terminación de la capa de acrílico cuando se agregan los dientes.

2.- Placa base inferior: Llene los surcos labial, bucal y lingual al nivel del reborde del modelo. Adapte una hoja de cera sobre todo el modelo.

Enmuflado: Coloque los modelos en la mitad inferior de una mufla, de modo que el yeso está al ras del zócalo del modelo. Use yeso piedra para confeccionar la contramufla. Llene la mufla a ebullición sumergiéndola en un baño de agua hirviente.

Curado y terminación: Cuando la cámara de moldeo se ha enfriado, empaquete en ella una masa plástica de acrílico transparente. No haga el empaquetado del acrílico en una mufla caliente, porque la polimerización puede acelerarse a tal punto que pueda dificultarse el cierre de la mufla.

Al retirar los modelos de las placas bases, seccionen los modelos y elimine los fragmentos. No trate de separar las bases de los modelos, intactos, pues puede distorsionarse o fracturarlas. Al recortar y pulir las bases, no elimine acrílico de los bordes.

C A P I T U L O I I I

LESIONES MAS COMUNES DE LA PROTESIS TOTAL EN
MUCOSA ORAL.

Las mucosas bucales del paciente desdentado se caracterizan por una reducción en el número total de células componentes con una disminución resultante en el grosor, tanto de la mucosa como de la submucosa. El resultado de este adelgazamiento y la pérdida concomitante de la elasticidad es el motivo por el que las mucosas bucales se hacen más susceptibles a la presión, tensión y enfermedad.

Algunos pacientes de prótesis total de edad avanzada reaccionan en forma intensa a una irritación mecánica leve causada por sus dentaduras. Aunque la adaptación de las dentaduras sea buena la resistencia tisular es mala, por lo que llega a presentarse inflamación y aún ulceración.

En la mayor parte de los casos, la lesión inicial de la boca es causada por la presión imperceptible, pero constante de la dentadura sobre los tejidos, lo cual termina en una inflamación que aumenta la presión y hace que la condición empeore progresivamente.

Si la lesión aumenta lentamente, el paciente desarrollará una tolerancia inconciente para las lesiones viciosas.

Sin embargo, una vez que la lesión ha sido descubierta, el paciente se angustia y se pone nervioso por su lesión.

Lo que vamos a identificar son las lesiones más comunes que se ven relacionadas con las prótesis y que aquejan a la mucosa bucal.

Dolor generalizado de los procesos alveolares.

Las causas más importantes al presentarse un dolor generalizado en el proceso puede ser: dentaduras cortas, dimensión vertical alta y bruxismo.

Los síntomas más usuales son: dolor generalizado del - proceso principalmente en el inferior, acompañado a veces - de una sensación de ardor y una hiperqueratosis en los procesos.

Comunmente el dolor de los procesos se ven afectados - por una dimensión vertical defectuosa, a veces el dolor suele ser raro, como se dijo anteriormente dan sensación de - ardor y suelen presentarse signos de inflamación, lo recomendable será ajustar la dimensión vertical y dar instrucciones al paciente de dejar descansar sus dentaduras por - las noches y si es conveniente hacer un rebase, recomendar enjuagues para disminuir la inflamación en caso de que se - presentara.

Sensación de quemaduras y hormigueo.

Las causas normales que generalmente se presentan son:- presión en el nervio mentoniano, presión en la papila incisiva deficiencia vitamínica, hormonas desbalanceadas, y problemas psíquicos. Como vemos las causas que más afectan son la presión que ejerce la dentadura sobre estas zonas, por lo que nos daremos cuenta que se pudo deber a un mal manejo de los ajustes requeridos en la toma de impresión.

Los síntomas más usuales es una sensación de quemaduras y hormigueo, afortunadamente no hay algún signo visible, sólo en caso de deficiencia hormonal hay palidez de la mucosa y a veces la presión de la papila ocasiona el enrojecimiento de esta.

El paciente se quejará de una sensación de hormigueo y ardor se obtendrá una respuesta similar, mediante palpación del nervio mentoniano y mediante la presión también.

En el tratamiento que se llevará a cabo entran cinco factores en el cual todos tienen un cuidado especial del tratamiento los cuales se mencionarán enseguida:

- Alivio en el área del nervio mentoniano, usar pasta indicadora de presión.

- Aliviar la zona de la papila especialmente en la zona distal.
- Hacer una terapia con vitamina B, por dos meses, en caso que no haya cambios, se complementará con una dieta hipocalórica.
- Y por último remitirlo con su médico de cabecera y en última instancia con el psiquiatra.

Dolor en el proceso.

La complicación más usual y más inmediata después de la inserción de la dentadura es el dolor en algún " lugar ", - en especial de la zona chapeable. Las causas más importantes las mencionaremos en un orden que es el siguiente:

- a) Areas de presión o en la impresión.
- b) Protuberancias óseas afiladas en el paciente.
- c) Protuberancias óseas cubiertas con mucosa delgada fácilmente lesionable.
- d) Areas socabadas con rose en la inserción, y deserción de la dentadura.
- e) Puntos de contacto prematuros oclusales.
- f) Presión de la papila incisiva.

La sintomatología más común que aqueja a un paciente --

- Aliviar la zona de la papila especialmente en la zona distal.
- Hacer una terapia con vitamina B, por dos meses, en caso que no haya cambios, se complementará con una dieta hipocalórica.
- Y por último remitirlo con su médico de cabecera y en última instancia con el psiquiatra.

Dolor en el proceso.

La complicación más usual y más inmediata después de la inserción de la dentadura es el dolor en algún " lugar ", - en especial de la zona chapeable. Las causas más importantes las mencionaremos en un orden que es el siguiente:

- a) Areas de presión o en la impresión.
- b) Protuberancias óseas afiladas en el paciente.
- c) Protuberancias óseas cubiertas con mucosa delgada fácilmente lesionable.
- d) Areas socabadas con rose en la inserción, y deserción de la dentadura.
- e) Puntos de contacto prematuros oclusales.
- f) Presión de la papila incisiva.

La sintomatología más común que aqueja a un paciente --

con dolor en el proceso es:

La inflamación en el área afectada y la úlcera concomitante a ella, siempre está presente. A veces hasta tejido óseo expuesto (la cresta milohioidea es un área típica),- con áreas inflamadas alrededor. Las dentaduras pueden ser retenidas bien cuando se insertan por la mañana, pero el paciente se queja de que esta retención decrece a medida que avanza el día, el dolor es sordo y constante, muy molesto para el paciente.

El tratamiento que se llevará a cabo es el siguiente:

- a) Use la pasta indicadora de presión para localizar estas áreas. La dimensión vertical debe ser correcta.
- b) Haga cirugía correcta si es necesario o ajuste la dentadura haciendo un rebase.
- c) Hacer cirugía si el caso lo requiere aunque si se hará en la mayoría de los casos y eliminar la protuberancia mediante un limado de hueso.
- d) Rebajar la dentadura para eliminar interferencias a la inserción o deserción de la dentadura.
- e) Eliminar los puntos de contacto mediante ajustes oclusales.

- f) Usar pasta indicadora de presión (P.D.P.) hacer alivio en la zona de la papila, sobre todo en la zona distal.

Granuloma de la dentadura.

Este tipo de lesión crónica aparece normalmente alrededor de los bordes de la dentadura, donde los tejidos han sido desplazados para conseguir cierre periférico. Cuando ocurra la resorción la dentadura se asienta y sus bordes se --clavan en los tejidos blandos de la periferia, causando la formación de úlceras y tejido de granulación. La organiza -ción de las granulaciones dentro del tejido fibroso hace la lesión permanente. Sin embargo, si la lesión se descubre al principio, disminuirá e incluso desaparecerá si la dentadura causante se deja de usar durante cierto tiempo o se rebaja mucho. Entonces se deben construir nuevas dentaduras. Si ha ocurrido fibrosis dentro de la lesión, persistirá y se -deberá eliminar antes de hacer las nuevas dentaduras.

Una cantidad de cierre posterior (sellado palatino posterior) o mal colocado puede producir el desarrollo de granulomas de dentaduras más corrientemente, aparecen los surcos labiales y bucal de cada mandíbula su desarrollo puede -ser debido a la presión únicamente o también debido solo, o

complicado por el movimiento de la dentadura en un reborde inestable, lo cual agrava el proceso irritativo. La lesión está particularmente propensa a desarrollarse si se ha dejado abandonada o se ha abierto una fisura entre el borde de la dentadura y el lado vertical del reborde.

En estas circunstancias, el tejido blando prolifera en los lados inferior y exterior del borde, de modo que se forma un colgajo doble de tejido.

En la mandíbula inferior el desarrollo de colgajo de tejido de esta clase hace que la dentadura quede más floja y se ajuste peor.

Al parecer, estos colgajos se forman con más frecuencia en la región anterior y como resultado, la dentadura, finalmente " saltará " hacia adelante y adoptará una posición -- más anterior por encima del colgajo, como si fuera un reborde alveolar. Esto conduce al desarrollo de un nuevo colgajo de tejido más anteriormente mientras que el primero ahora -- bajo la dentadura, se traumatiza y se ulcera.

En casos de soportarlos durante mucho tiempo, estas lesiones se pueden hacer muy extensa y tan fibrosa que si se extirpan quirúrgicamente, produzcan la obliteración del sur

co labial y el crecimiento de mucho tejido cicatrizado en esta zona. Para evitarlo, será necesario realizar un injerto de piel en ésta región.

Dolor en el área del borde de la dentadura.

Las causas más importantes son:

- a) La impresión definitiva aparece deficiente en el ajuste-muscular y está sobreextendida.
- b) Ajuste muscular en posición estética (ajuste deficiente)
- c) Terminación de la dentadura incorrecta (delgada filosa).

La sintomatología es:

Dolor en el área afectada, cuando el paciente usa su dentadura durante la masticación, dificultándose el paso de del bolo alimenticio.

La dentadura es retenida, pero hay quejas de que se desplaza en el acto masticatorio. Aparece inflamación, cambio-de coloración una línea sui-generis rojiza y a veces ulcera.

El tratamiento del caso:

- a) Ajuste la dentadura use pasta indicadora de presión o modelina y rebásela.

- b) Igual que el caso anterior.
- c) Ajuste la dentadura use pasta indicadora de presión o mo
delina y rebásela.

Boca irritada por la dentadura.

El término boca irritada por la dentadura se usa para - describir ciertos cambios patológicos que se encuentran en la mucosa oral del tejido que soporta la dentadura.

Estos cambios se caracterizan por eritema claro de los tejidos que se encuentran debajo de las dentaduras completas y parciales de ambas mandíbulas, pero más frecuentemente debajo de las dentaduras maxilares.

Aunque los tejidos están enfermos, inflamados y descarnados, el paciente raras veces se da cuenta de esta circun
tancia y casi nunca se queja de irritación. Seis factores - principales se han implicado en la iniciación de la boca -- irritada por dentadura. Son traumatismos, infecciones por - hongos y bacterias, alergias, alimentación inadecuada, dese
quilibrio hormonal y empleo de antibióticos orales. Los cam
bios etiológicos más comunes son el traumatismo de la denta
dura y la presencia de cándida albicans. Los pacientes que-

sufren enfermedades debilitantes crónicas son particularmente susceptibles a esta circunstancia y la incidencia en las mujeres aumenta durante la menopausia. La mayoría de los pacientes que tienen la boca irritada por la dentadura la usan para dormir.

Esto no deja oportunidad para que los tejidos se recuperen de la sobrecarga o de que se bañen en saliva. También da oportunidad a que rechinen los dientes durante el sueño, lo que puede causar un traumatismo considerable. La boca irritada por la dentadura sería menos corriente si los pacientes no usaran las dentaduras mientras duermen.

Queilitis Angular.

Está presente en una gran porción de pacientes que tienen la boca irritada por la dentadura. Está casi siempre presente hasta cierto tiempo, incluso cuando el apoyo del labio es adecuado y se haya establecido la dimensión vertical correcta. Sin embargo, ambas condiciones responden espectacularmente a un producto llamado Nistatin, aunque el autor prefiere la crema que tiene tan mal sabor y es muy eficaz. El paciente se aplica la crema en la mucosa después de comer y en la superficie de la

dentadura. También se le aplica en la comisura de la boca. Los casos moderados curan en una semana los más serios, en 2 ó 3 semanas.

En muchos casos, aunque el paciente no se haya quejado en principio de la boca irritada o de la incomodidad de la dentadura, a veces nos informa de que el uso de las prótesis resulta más cómodo con el tratamiento.

Síndrome de ardor bucal y " boca adolorida por la dentadura ".

Una queja frecuente de los pacientes geriátricos es una sensación vaga de ardor o de dolor bajo una prótesis que parecerá estar bien ajustada en ausencia de lesiones viables. Una lengua ardorosa también es motivo de visita con el dentista. Estos síntomas están relacionados con las dentaduras parciales o totales, aunque algunas veces se experimentan cuando no se emplean reemplazos protésicos. Si se emplean dentaduras el pedir simplemente al paciente que las deje fuera de la boca durante un período para ver si desaparece la sensación determinará si estos son culpables. La determinación de la etiología y tratamiento exacto es difícil y requiere la cooperación del médico del paciente y quizá ayuda

psiquiátrica.

Los factores causales son externos e internos, psicológicos o una combinación de cualquiera de estas dos, o en casos muy raros, de estos tres. Los estímulos externos e internos inician un trastorno o efecto traumático sobre el medio bucal, y presentan lesiones clínicas definidas y visibiles.

En términos generales, las causas externas son más fáciles de identificar, aunque desafortunadamente en muchos casos entran en juego fuerzas internas y psicológicas, lo que complica el diagnóstico.

Factores externos.

La sensación de ardor se adjudica a una reacción alérgica de los tejidos de soporte al metacrilato de metilo, -- aunque la base de acrílico de la dentadura quizá no desempeñe papel alguno en el problema. Las verdaderas alergias al acrílico son raras. El diagnóstico de la alergia es confirmado con facilidad haciendo la prueba del parche.

Aunque los tejidos de soporte o la dentadura son la mejor elección, no hay ninguna objeción para que se utilice la piel para la prueba del parche. Si se tuviera un resultado

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

49

do positivo, hay que evitar el contacto entre la base de la dentadura que ha causado la desinsibilización y todos los tejidos bucales. La dentadura vuelve a fabricarse utilizando otro tipo de resina para la base, como el poliestireno, nylon o policarbonato o se hace una base vaciada de oro o de cromo y cobalto.

Otros factores externos incluyen el tabaquismo, masticación de tabaco, masticación bucal, alcoholismo crónico y hábitos linguales.

La ingestión continua de alimentos muy sazonados también se ha mencionado como un factor causal.

Factores internos.

Los traumatismos o trastornos generales, que suelen ser de tipo crónico de baja intensidad, son la causa de una sensación de ardor en las estructuras de soporte (bucales),- en especial la lengua, paladar y también tejidos de soporte de las dentaduras, en algunos casos las lesiones bucales características y visibles relacionadas con una afección general en particular aún no se han desarrollado aunque lo harán posteriormente, facilitando el diagnóstico en una fecha. Las causas posibles son deficiencias nutricionales o vitamí

nicas, trastornos metabólicos y circulatorios, anemia perniciosa o por deficiencia de hierro, trastornos gastrointestinales y desequilibrios hormonales. La lengua suele estar - afectada por una deficiencia de complejo B.

Una sensación de ardor en la lengua, paladar y tejidos-
de soporte de la dentadura está relacionada con el climaterio, que Storer describe como el período de transición en -
tre la madurez y la senilidad. La menopausia es solo un punto sobresaliente en esta fase regresiva. Un período corres-
pondiente se presenta en el hombre y se conoce como climaterio masculino. Los cambios regresivos de este período se -
presentan primero en la mujer.

Debido a los cambios endocrinos metabólicos y estructu-
rales relacionados con el climaterio, ocurren síntomas bucales que parecen conducir al fracaso final del tratamiento -
protético.

La llamada " boca adolorida " por la dentadura que no -
es más ardor y dolor de los tejidos de soporte de las dentaduras, dando como resultado la imposibilidad de usar las -
dentaduras, ha sido tratada exitosamente por Payne y otros-
recetando gran cantidad de vitamina C.

Factores psicológicos.

El diagnóstico y tratamiento más difícil en este grupo de pacientes es cuando la sensación de ardor y dolor es de origen psicológico. Para el paciente estos síntomas son verdaderos y se espera una explicación, sea o no razonable. Estas personas suelen ser mujeres posmenopáusicas, nerviosas, preocupadas, tensas y angustiadas con una gran variedad de trastornos reales o imaginarios de tipo general. Los cambios regresivos del envejecimiento, como el arrugamiento de la piel y el encanecimiento o pérdida de pelo también desempeñan un papel durante la menopausia las mujeres suelen ser hipersensibles emocionalmente. Estos problemas son visibles hasta insertada la dentadura.

Si los resultados del examen bucal y de las consultas médicas y psiquiátricas, son negativas, no deberá llevarse a cabo ningún tratamiento de soporte. Sin embargo, se llamará al paciente a períodos regulares. La utilización de tranquilizantes y sedantes debe ser emprendida con gran precaución, si es que se lleva a cabo.

C O N C L U S I O N E S .

Al haber ya estudiado los tres capítulos que componen-- ésta tesis nos daremos cuenta de lo imprescindible que es - el tener los conocimientos y habilidad necesaria para elaborar una prótesis total, el conocimiento de las diferentes - inserciones musculares nos ayudan a tener una buena toma de impresión y por lo consiguiente una buena adaptación de bases duras, que a lo largo de la elaboración de una prótesis total nos evitará el tener los ajustes requeridos post-in -serción y a la vez dejar al paciente satisfecho.

Es de hecho que si tenemos los conocimientos básicos sobre las inserciones musculares no solo nos servirán para la prótesis total sino que también nos puede servir para que - en el acto lo requiera una cirugía preprotética para poste-riormente hacer una dentadura total.

Los temas desarrollados han sido buscados y estudiados- con los datos más recientes para que tengamos una idea más- clara de lo básico que es el tener los conocimientos de las inserciones musculares, y por supuesto mencionarnos las le- siones más comunes de la cavidad oral en la cual señalamos- sus causas, cómo se presentan clínicamente y cómo corregir- las, esperando que estos temas sean de buen provecho para - la confección de una prótesis total.

BIBLIOGRAFIA .

- 1.- WINKLER, SHELDON
Prostodoncia total.
1ra. Edición
Volumen II
Nueva Editorial Interamericana
México, D. F. 1982

- 2.- ROBLES SANTANA, FELIPE DE JESUS
Manual de Prostodoncia Total.
1ra. Edición
Volumen I
Editorial U.A.G.
México, D. F. 1980.

- 3.- NEIL, D. J.
Prótesis completa.
1ra. Edición
Volumen I
Editorial Mundi
Buenos Aires, Argentina. 1971.

- 4.- SCOTT, J. M., DIXON, A. D.
Anatomía para estudiantes de Odontología
4a. Edición
Volumen I

Editorial Interamericana

México, D. F. 1983

5.- SHARRY J. JOHN

Prostodoncia Dental Completa.

1ra. Edición

Editorial Toray, S. A.

Rosario, Barcelona. 1977

6.- TEJEDA MORA, MANUEL M.

Apuntes del curso de Prótesis Total

1ra. Edición

Editorial Universidad de Panamá.

Panamá, 1972.

7.- TENEMBAUM, LEON

Progreso en la práctica odontológica.

1ra. Edición

Editorial Mundi

Buenos Aires, Argentina

Volumen III

1967.

8.- MAZER ZLACHEVSKY, MOISES

Técnicas inmediatas de reparaciones y restauraciones

de prótesis en el consultorio.

1ra. Edición

Volumen I

Editorial Mundi

Buenos Aires, Argentina. 1968.

- 9.- DUMN J. MARTIN., SHAPIRO ZIOR, ANDY
Anatomía dental de cabeza y cuello.

1ra. Edición

Volumen I

Nueva Editorial Interamericana

México, D. F. 1978.

- 10.- MANTORELLI, HECTOR.

Técnica de prótesis completa equilibrada.

1ra. Edición.

Volumen I

Editorial Mundi

Buenos Aires, Argentina, 1967.

- 11.- DEGUCHI OZAWA, JOSE Y.

Prostodoncia total

4a. Edición

Volumen I

Editorial U.N.A.M.

México, D. F. 1984.