

870122

16

2ej

# Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**IMPORTANCIA DE LOS FACTORES LOCALES Y CUIDADOS EN  
RELACION AL TRATAMIENTO DE LA DENTADURA ARTIFICIAL  
COMPLETA.**

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

**ALEJANDRO CAMACHO OROZCO**

ASESOR: C.D. RAFAEL I. BOJORQUEZ RUIZ

GUADALAJARA, JALISCO. 1987



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 está 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.

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

Normalmente no tenemos conciencia acerca de nuestros dientes, aunque sabemos que ellos nos permitan disfrutar de nuestros alimentos, y a expresarnos claramente, a demás de que contribuyen a mejorar o empeorar nuestra apariencia.

La prostodoncia total es una rama de la Odontología, que trata de los diferentes métodos que usamos, para reponer los dientes, en pacientes totalmente desdentados, por lo cual los objetivos que persigue, tienden a devolver al paciente su facultad de masticación, a corregir los contornos faciales, así como los defectos de pronunciación; todo esto es ejecutado de manera que el paciente tenga las mínimas molestias antes y después de insertar sus dentaduras.

Existen grupos de personas que no pueden permitirse aparecer desdentados ante el resto de las personas, esto puede ser debido a que el tipo de trabajo que desempeña, requiera de una buena presentación, o a que sus vidas sociales son intensamente activas.

Cuando alguien pierde todos sus dientes, pierde también la capacidad de desarrollar sus actividades de alimentación, comunicación y su estética personal.

El problema principal del desdentado junto con el dentista es la entrega y cuidados posteriores de las dentaduras completas, es conocer las necesidades físicas, fisiológicas y psicológicas, de un determinado paciente. Las necesidades físicas incluyen la entrega de las dentaduras, que funcionarán sin traumatismo para los tejidos fundamentales. Esta condición de como-

didad debería de permanecer durante un número de años razonable si se atienden las demandas biológicas de los tejidos.

Las necesidades fisiológicas, se encuentran cuando las dentaduras suministran el andamiaje, y apoyo que los músculos del sistema estomatognático necesita en la masticación, eficaz de todo tipo de alimentos.

El enfrentamiento con las necesidades psicológicas del paciente, pueden obligar a ciertos compromisos. Las dentaduras -- entregadas pueden representar una mezcla de lo que quiere el paciente, y de lo que el dentista como experto, debe saber que necesita. Si los deseos del paciente son contrarios a sus necesidades, el dentista debe convencerle de éstas necesidades. Las - necesidades psicológicas, requiere que se entreguen dentaduras - que satisfagan los deseos del paciente.

## CAP.-I Generalidades y Conceptos de Prótesis Total.

A) Definición.

B) Objetivos.

La ciencia de la Odontología se ocupa del reconocimiento - y tratamiento de las enfermedades de los dientes y de los tejidos bucales.

El tratamiento del paciente protodóntico consiste del intento que hace el Odontólogo por restaurar y mantener la función bucal del paciente, mediante el reemplazo de dientes ausentes así de como también de estructuras con dispositivos artificiales.

En todo procedimiento protésico es deseable: Restaurar la función masticatoria; alcanzar una estática correcta; dar al paciente una comodidad mental y física; restaurar la fonética, etc.,

Se entiende por Edentación total, como la pérdida de todos los dientes de ambos maxilares o de uno sólo, protodoncia de la edentación total o protodoncia total, es por lo tanto, el estudio de la edentación total y su tratamiento protético. Se puede también definir como; La rama de la Odontología consagrada a la reintegración psicosomática de los pacientes afectados de edentación total.

La pérdida de todos los dientes, no es un medio excedente en la vida del ser humano; lleva una serie de modificaciones en gran parte irreversibles, que alteran las condiciones de la vida.

Cuando la función masticatoria está alterada por una causa cualquiera, el aparato digestivo realiza un esfuerzo para digerir el bolo alimenticio. La pérdida total de la dentadura acarrea la falta de digestión y por consiguiente la mala salud y el acortamiento de la vida.

La prostodoncia respalda y restaura el aspecto natural --- perdido por falta de soporte de la musculatura facial y el cambio de la oimentación vertical.

Con la pérdida del soporte óseo y el tono muscular, el paciente experimenta un cambio total en el tercio inferior de la cara y le aparecen arrugas prematuras en los labios y mejillas, una expresión no acorde con su edad.

La ausencia de dientes, posición inadecuada de los dientes artificiales, grosor de las placas, festoneado defectuosos de las mismas, falta de arrugas en el paladar, son las causas más importantes de los defectos de pronunciación.

Son tratamientos preventivos de la edentación, todos los que justifican la Odontología preventiva y todos los que desarrolla la Odonotología conservadora.

Pese al éxito cada día mayor de ambas, la incidencia de -- edentación total en toda la colectividad civilizada es inversa, debido al crecimiento del número de ancianos. Por fortuna, el -- tratameinto protético es eficaz pese a sus limitaciones.

Normalmente no tenemos conciencia de nuestros dientes, --- aunque nos damos cuenta de que ellos nos permiten disfrutar de nuestros alimentos, y hablar claramente además que contribuyan a mejorar ó empeorar nuestra apariencia.

Para lograr una comprensión cabal y algunos conocimientos

de lo que representa la construcción de prótesis completas, es importante no perder nunca de vista estos objetivos finales y relacionar con ellos todos los procedimientos.

El conjunto del aparato masticatorio, se halla involucrado con el proceso de la aprehensión y trituración del alimento. La responsabilidad directa de esas tareas recae sobre los dientes y sus tejidos de soporte, cuando hay dientes naturales.

#### Objetivos de la prostodoncia Total:

La prótesis total, procura la conservación de la salud de los desdentados completos, mediante aparatos artificiales -- aplicados a los maxilares, que tienen por objeto restaurar la masticación, estética, fonética y demás deficiencias, que provoca a desdentados, agregando a esto la ausencia de molestias. Debe de tener ciertos requisitos:

- Imitar las formas, colores y funciones de los organismos que reemplazan, sirviendo de estímulo al equilibrio orgánico.
- No traumatizar ni irritar los tejidos.
- No provocar molestias al paciente. Se sintetiza que las dentaduras totales o completas deben ser útiles, de buen aspecto y cómodas o confortables.

La medida del éxito o fracaso siguen siendo esencialmente objetivas, tanto para el profesionalista como para el paciente, sin embargo, podemos aplicar un principio general que para obtener una mejor prótesis, es necesario una mejor técnica del profesionalista y una buena disponibilidad del paciente.

La falta de adaptabilidad de las dentaduras artificiales, pueden deberse a factores locales y generales, corregibles, por

tratamientos quirúrgicos o ser de origen mental.

Una protodoncia total consta de dos elementos esenciales que es la base de la dentadura y los dientes artificiales, este conjunto está formado por tres superficies; la oclusal o de antagonización, desarrollada en los dientes artificiales y la de asiento o de impresión adaptada a la superficie de soporte; y - la superficie púlda, modelada según las conveniencias, posibilidades o arbitrariamente.

La unión de la superficie de asiento con la púlda, forman el borde periférico, que contornea la extensión de la base.

Para ser útiles de buen aspecto y cómodas, las dentaduras totales o completas deben satisfacer cualidades de orden mecánico, biológico y estético.

La retención es condición fundamental, y el que mejor responde a las necesidades biológicas es la adhesión obtenida por la perfecta adaptación de la base a la superficie mucosa, consolidada por el ajuste del borde periférico con los tejidos de soporte, sin perturbar sus inserciones, movilidad ni su circulación, en algunos casos es recomendable, sugerirle al paciente - que utilice un polvo adhesivo llamado corega, esto con la finalidad de que ayude a la retención, mientras los tejidos de soporte se acostumbran al nuevo aparato protésico, con el tiempo se dejará de usar este adhesivo.

El soporte necesario para la masticación se obtiene del ajuste de la base de la dentadura contra los tejidos a que se adapta.

La estabilidad, resulta de la disposición de los bordes, -- superficies púldas y oclusales de tal manera que elimine las - fuerzas desplazantes y, además del aprendizaje del paciente a manejar su propia musculatura, como son la lengua, los labios - los carrillos, etc., ya que la prótesis es un elemnto ajeno a - su cuerpo y debe educar a su organismo para que forma parte de él.

En lo que respecta o depende de la prosoadencia, retención, soporte y estabilidad; se obtiene junto con la estética, como-- didad y capacidad funcional, de las cualidades de los materiales utilizados, y sobre todo en la forma en que se le imparte.

CAP. II. FACTORES LOCALES QUE INFLUYEN EN EL  
TRATAMIENTO.

- A) LA SALIVA.
- B) LA LENGUA.
- C) LOS MUSCULOS.
- D) HUESO.
- E) MUCOSA BUCAL.

Dentro de los factores locales, mencionaremos unicamente - los que consideramos más significativos y de mayor influencia - hacia el tratamiento protésico con todas sus fases.

A) La saliva.

La cantidad y calidad de saliva viene a ser variable de una persona a otra y en muchas ocasiones esta condicionado a circunstancias tales, como la edad y la salud general, así como a la - ingestión de ciertos tipos de alimentos y medicamentos, estos - cambios tienen un efecto definitivo sobre el futuro de la próte- sis dental completa.

La saliva escasa, o la boca seca afectan de manera conside- rable a la retención de la prótesis.

Algunos investigadores se han avocado hacia la importancia y diferentes funciones de la saliva, habiendo aportado diferen- tes descubrimientos, no hay duda que este líquido interviene -- de manera importante dentro del proceso cariogénico, aunque la naturaleza exacta de esta influencia no ha sido todavía bien -- definida. Estas investigaciones han progresado en los posibles efectos de varias propiedades como son: cantidad, solubilidad, capacidad de pulimentar y viscosidad.

La saliva esta claramente asociada con la enfermedad periodontal a causa de su intervencion en el desarrollo de calculos. El paciente portador de una dentadura artificial completa, se encuentra hasta cierto punto supeditado ha que este fluido buccal le proporcio e adherencia y al mismo tiempo le proteja de la friccion entre la dentadura y la mucosa.

En lo que se refiere a la intervencion del fluido salival entre la placa y la mucosa se puede comprobar con el mecanismo de adherencia entre dos locetas de vidrio, a las cuales se le agrega una gota de agua entre ellas y al intentar separarlas entre si, en sentido vertical, se apreciara una resistencia a separarse debido a la formacion del menisco provocado por el liquido intermedio. Si se mide la fuerza necesaria para separar las dos locetas de vidrio con una capa intermedia de saliva y de agua respectivamente, se vera que se requiere una mayor fuerza, si la capa intermedia es de saliva.

El menisco creado por la tension superficial actuara como un resorte alrededor de los bordes de las locetas, y la tension de ese muelle correspondera directamente a la tension superficial.

Cuando la fuerza de separacion excede del modulo de elasticidad del menisco liquido, el menisco se rompe y en la capa intermedia habra una abundante cantidad de liquido, al separarse las locetas se divide la capa de liquido en dos partes cada una de las cuales se adhiere a su respectiva loceta.

Sin embargo, La proporcion de liquido disminuye al aumentar la viscosidad, esto explica porque la saliva fresca a pesar de

su tensión superficial más baja, proporciona una adherencia más fuerte entre las lechetas de vidrio.

Una de las funciones de saliva es formar una delgada película de una humedad necesaria, para la adhesión de la base de la dentadura con la superficie mucosa.

El flujo abundante de saliva también crea problemas con la retención, ya que el exeso de saliva tiende a interferir con la adhesión de las prótesis totales.

En los pacientes desdentados, es importante que la capa salival sea removida de la mucosa, previa a tomar las impresiones. Los pacientes con una saliva abundante y delgada también tienen problemas con la retención de las dentaduras, la situación ideal es donde la cantidad y calidad son normales.

Podemos encontrar como resultado de cambios regresivos en las glándulas salivales, en especial el cambio de las células que recubren los conductos intermedios, se presenta una disminución en el flujo salival. La reducción en la función de las glándulas también es el resultado de un cambio de la misma saliva que muestra una disminución de ptiálina, así como un aumento de su contenido de mucina, formandose más viscosa y filamento sa. Este cambio en el carácter de la saliva contribuye a la formación de placa y crea un medio ambiente favorable para el desarrollo y multiplicación de colonias bacterianas.

Una disminución en el flujo salival también es el resultado de algunas enfermedades tales como: diabetes, nefritis, y anemia perniciosa, la administración de ciertos medicamentos (Fenotiacina, clorpromacina, belladona, atropina, efedrina), así como otros factores como menopausia, radiación y deficiencias

vitaminicas. Una disminución temporal en la salivación es causada, por una reacción emocional importante, o bloqueo de algún conducto salival por algún cálculo.

La resequeñad resultante en la cavidad oral es denominada, xerostomía, que provoca algunos síntomas entre los que se encuentran sensaciones gustativas anormales, ardor en los tejidos bucales y de la lengua, presencia de grietas y fisuras en los labios y lengua, la mucosa bucal se vuelve seca, lisa y translúcida y la lengua toma un recubrimiento anormal, no es raro el dolor en la cavidad oral.

La acción adhesiva de una pequeña capa de saliva entre la base de la dentadura y los tejidos blandos subyacentes se considera como una de los principales factores para la retención de las prótesis.

La delgada capa de saliva funciona como un lubricante y amortiguador entre la base de la dentadura y los tejidos ayudando a la irritación por fricción.

Una disminución en el flujo salival, interferirá en la retención de la dentadura y hará la masticación y la deglución más difíciles. La protección mecánica de los tejidos de soporte para dentaduras mediante la película de saliva se perderá, predispониendolos a la irritación, la acción antibacteriana se reducirá proporcionalmente con la disminución en el flujo salival.

El tratamiento de la xerostomía, suele ser poco exitoso, si la boca seca es el resultado de la pérdida de la función glandular, no es posible hacer nada. Un aumento en la ingestión de líquidos y frecuentes enjuagues bucales especialmente durante las comidas pueden ser útiles. Cuando el portador de prótesis totales, padece de xerostomía, pueden cubrirse las superficies --

tisulares de las dentaduras con vaselina, jalea lubricante, --- líquidos de silicona, o algunos de los preparados adhesivos semi sólidos comerciales para dentaduras, puede aumentar en forma -- temporal la retención de las dentaduras, disminuyendo la irrita ción de los tejidos blandos adyacentes. El chupar un dulce ácido y duro a la salivación.

#### B) La lengua.

En los pacientes desdentados la lengua parece ser que aumen ta de tamaño y en algunas ocasiones llena por completo la cavi dad oral.

Esto es el resultado de la transferencia de parte de la -- función masticatoria y fonética a la lengua, desafortunadamente este agrandamiento presenta un efecto negativo sobre la reten-- ción de la prótesis dental completa.

Quizá la manifestación más común del envejecimiento de la lengua es la pérdida de las papilas, que suele comenzar en la punta y en los bordes laterales, la presencia de fisuras es tam bién un acontecimiento frecuente. Ambos síntomas están relacie-- nados con varias enfermedades y estados carenciales.

Existe también una reducción en el número de pápilas gusta tivas, los pacientes ancianos no están consientes de esta reduc ción , hasta que su atención sea enfocada hacia la boca durante la fabricación de una nueva dentadura, cuando se dan cuenta que los alimentos no saben como antes, suelen atribuirselo a las den taduras.

El tamaño y posición de la lengua deben ser cuidadosamente evaluados, una lengua excesivamente larga y ancha es desfavora-- ble para el procedimiento de impresión y para la propia posición

de los dientes, aunque más importante viene a ser la posición.

En un estudio realizado sobre la posición de la lengua en relación con la estabilidad de la dentadura inferior, han clasificado la posición de la lengua como; normal o anormal, y retracada o torpe.

La posición normal de la lengua se encuentra en aproximadamente el 75% de los pacientes y corresponde cuando el borde anterior de la lengua se apoya contra el borde incisal de los dientes inferiores.

Los paciente con lengua en posición normal pueden generalmente tener un pronóstico favoravle de la dentadura inferior. - Esto es por que el piso de la boca cubre adecuadamente el flanco lingual anterior o el pliegue del flanco sublingual y crea un adecuado sellado.

El 25% de los pacientes tienen una posición a normal de la lengua. En estos pacientes la lengua está hacia atrás y recostada, en la parte posterior del piso de la boca, la posición anormal de la lengua invariablemente tendra problemas con la retención de la dentadura.

La posición de la lebgua afecta la retensión de las dentaduras en dos formas, con la lengua en posición normal, el piso de la boca contacta con los bordes linguales de las dentaduras creando una válvula sellada para la retención. La lengua de posición posterior o retractada no solo no proporciona sellado anterior, porque al estar la lengua hacia atrás se ensancha y hace contacto con los dientes posteriores inferiores y facilmente la dentadura se ve desalojada.

C) Los músculos.

La musculatura está directamente implicada en varias fases importantes del tratamiento de dentaduras completas, la más importante es la acción de los músculos como principales motores de la mandíbula y por lo tanto, como facilitadores de la oclusión repetida de los dientes, además intervienen activamente en la masticación, deglución y conversación.

La posición y forma de la superficie púrida de la prótesis puede ser una gran cualidad en lo que se refiere a la retención función, comodidad y estética, por ser la parte que está en un contacto íntimo con los músculos adyacentes.

La posición marginal del músculo orbicular de los labios, actúa con menos fuerza contra la superficie labial de los dientes anteriores que contra la periférica, esto permite una posición anterior de los dientes más natural, especialmente cuando la inclinación del eje vestibulolingual mantiene el cuello del diente más cerca del reborde alveolar.

El intercambio de fuerzas entre la lengua y los carrillos para colocar y mantener la comida entre la superficie oclusal de los dientes, sugiere que la posición ideal de los dientes sería en un punto neutral en relación con estas fuerzas.

La forma de la superficie púrida a nivel del surco periférico deberá ser redondeada, esto permite que el borde se adose a la superficie del surco vestibular, dándole un mejor sellado y retención de la prótesis.

Una superficie vestibular de la dentadura superior inclina hacia adentro, desde el borde de los dientes, tenderá a aprovechar su fuerza lateral del músculo buccionador contraído, ---

para que la fuerza tenga su componente superior más grande y de esa forma asiente la prótesis en su lugar.

El flanco vestibular de la dentadura inferior debe ser con cavo y mirar hacia adentro y arriba, debido a la forma de la mandíbula y a causa de los movimientos funcionales de los músculos en el surco vestibular. En la porción lingual este reborde no se puede acercar mucho al cuerpo de la mandíbula en la unión del milohioideo.

En consecuencia la mayor extensión se puede lograr a nivel del flanco posterolingual donde se puede abrazar una mayor extensión del cuerpo de la mandíbula, esto permite que la lengua dirija fuerzas inferiores contra el reborde.

El frenillo vestibular inferior representa el origen e inserción de muchas fibras de varios músculos de la expresión, -- siendo estos, cigomático mayor, canino, bucinador, triangular de la barba y borla del menton. Este frenillo es muy activo y actúa como una unión móvil para ayudar al orbicular de los labios y buccinador en sus funciones asociadas con la masticación, habla y deglución. Los otros músculos mencionados anteriormente actúan para estabilizar esta masa en varias posiciones, -- esta acción tiende a ejercer fuerzas contra los dientes o los rebordes de las dentaduras en la zona de los premolares, una dentadura sobreextendida en esta región, tiende a ser desplazada de su asiento basal.

#### D) Hueso.

El hueso es sumamente importante para el dentista ya que todos sus tratamientos pueden tener grandes probabilidades de éxito, siempre y cuando la base ósea permanezca intacta. El éxi-

to de la prótesis dental completa depende particularmente del grado de estabilidad que el hueso puede mantener.

Desde luego, no es difícil hacer una dentadura con éxito en grandes rebordes alveolares y si estos se mantienen, el tiempo de duración de las prótesis puede ser relativamente largo. Si por el contrario los rebordes se reabsorben con rapidez, las dentaduras deberán ser reemplazadas pronto.

Existe una relación directa entre la estructura del proceso alveolar con la retención y estabilidad de la prótesis, cuando existen rebordes planos, es difícil obtener una dentadura retentiva y estable.

Sin embargo, si fuera posible evitar que esos procesos alveolares se reduzcan, la salud de los pacientes mejorará notablemente.

En los individuos en período de crecimiento, la formación de hueso sobrepasa la reabsorción. En el adulto, los dos procesos se encuentran en equilibrio. En los ancianos, la reabsorción puede no ser compensada, por la producción ósea. Desde luego, es difícil separar los cambios debido a la edad, de los cambios hormonales y se ha escrito relativamente poco al respecto.

Muchos autores considerarán que la reabsorción del proceso alveolar, es un hecho biológico normal que aumenta a medida que avanza la edad.

Factores como las hormonas, vitaminas, edad, salud general y probablemente otros como la herencia, pueden juntos o por separado, producir un cuadro de reabsorción ósea de cualquier paciente.

Una consideración de estos factores nos recordará en no --

hacer técnicas de prostodoncia, sino trabajar en favor de la --  
prevención de una reabsorción alveolar excesiva, si esto se pue-  
de llevar a cabo, la dentadura artificial completa no será una  
dificultad ni para el paciente, ni para el odontólogo.

#### Mucosa Bucal.

La mucosa bucal del paciente desdentado de edad avanzada -  
se caracteriza por una reducción en el número total de células  
componentes con una disminución resultante en su grosor, tanto  
del la mucosa como de la submucosa. La magnitud precisa de este  
adelgazamiento del epitelio bucal, depende de muchos factores.

El resultado de este adelgazamiento y la pérdida concomi-  
tante de la elasticidad es el motivo por el que las mucosas bu-  
cales se hacen más susceptibles a la tensión, presión y enferme-  
dad. Algunos pacientes con prótesis dental completa reaccionan  
en forma intensiva aún a irritación mecánica leve causada por -  
sus dentaduras, aunque la adaptación de las mismas sea buena, -  
la resistencia tisular es mala por lo que llega a presentarse -  
inflamación y aún ulceración.

El mucoperiostio que está cubriendo el proceso alveolar, -  
puede ser excesivamente delgado, grueso o flojo o en promedio --  
muy grueso y denso, la mucosa muy delgada está sujeta a excesivo  
dolor e inflamación, en adición el proceso cubierto por una mu-  
cosa delgada y tensa presenta grandes problemas en la retención  
de las dentaduras perdiéndose el soporte de las mismas.

### CAP. III.- Duración, exámenes y ajustes periódicos de las Dentaduras Totales.

La aceptación por el paciente de una prótesis total se encuentra relacionada íntimamente con la actitud protética del paciente. Su educación deberá ayudar a crear una actitud positiva mediante la información sobre los problemas especiales relacionados con la utilización de dentaduras completas, consejos acerca de formas de vencer o compensar estos problemas, datos sobre la higiene bucal y lo relativo a la dentadura, así como una advertencia sobre la odontología de farmacia. La educación del paciente deberá también de establecer la responsabilidad de él mismo, así como la de el dentista de un servicio de prótesis total. Un programa minucioso de educación deberá comenzar con la visita inicial del paciente y entretenerse a través de todo el proceso de construcción de la dentadura. La primera fase deberá ser principalmente de carácter verbal alentándolo para discutir en forma activa cualquier pregunta o malentendido. Es durante esta fase, antes de la inserción de la dentadura, que se analizan los anhelos del paciente y se equiparán a los resultados esperados. Cualquier explicación después que las dentaduras hayan sido terminadas suele ser tomada como pretexto de un mal trabajo. La segunda fase de la educación consiste en un resumen claro y bien escrito de los problemas anticipados y de las recomendaciones higiénicas. Esto le debe ser proporcionado en la visita previa a la inserción de la prótesis.

Un programa de educación al paciente debe tratar los siguientes temas:

Naturaleza de las dentaduras completas; sensaciones bucales  
problemas de salivación excesiva; problemas fonéticos; sugestión  
para comer; posición adecuada de la lengua; importancia de sa-  
lud de los tejidos; limpieza adecuada de las prótesis totales.

Hay que recordar al paciente que sus condiciones físicas,  
mentales y bucales son de naturaleza individual. Así, no podrán  
comparar su progreso con las prótesis nuevas, con las experien-  
cias de otras personas. Aquello que es desagradable y doloroso  
para uno puede ser de importancia secundaria para otros. La adap-  
tabilidad de la prótesis nuevas se modifica con la edad. Perso-  
nas que a mediana edad se hayan adaptado exitosamente a denta-  
duras nuevas probablemente experimenten dificultades considera-  
blemente mayores con su reemplazo quince años más tarde, aunque  
las prótesis nuevas sean técnicamente superiores a las original-  
es.

Los pacientes tienden a olvidar la gravedad de los proble-  
mas con el transcurso del tiempo. Muchas personas aseguran que  
sus dentaduras siempre fueron cómodas aunque hubieran pasado por  
un difícil período de adaptación.

El aspecto del paciente será más natural con las dentaduras  
nuevas a medida que transcurra el tiempo. Los labios no se adap-  
tan inmediatamente al grosor de los bordes de la prótesis y a -  
veces al comienzo presenta un aspecto deformado. La tensión mus-  
cular puede causar una impresión para que mejorará una vez que  
se relaje el paciente y adquiera confianza en sí mismo.

Es bueno advertir al paciente que se abstenga de exhibir -  
sus prótesis a amigos curiosos, hasta que se vuelvan suficien-  
te seguros y competentes para exhibirlas favorablemente. Si -

los pacientes no siguen atentamente estas instrucciones, puede suceder que se vuelvan sumamente críticos respecto de las dentaduras y tomen una actitud que le será difícil vencer al Odontólogo. Durante el período desdentado, se va produciendo la reducción gradual de la distancia entre los arcos así como el colapso de los labios. Generalmente estos cambios son tan paulatinos que los familiares y amigos no se persiben de ellos.

La reubicación del orbicular de los labios, y la restauración de las dimensiones faciales originales así como de su forma mediante las prótesis nuevas, frecuentemente parecen un cambio demasiado grande del aspecto del paciente. Ello se supera únicamente con el transcurso del tiempo, y se le aconseja al paciente que persevere durante esta período de adaptación.

Las características de las dentaduras totales., el primer concepto que deberá ser tratado con el paciente es el de la retención. El dentista deberá señalar que los dientes naturales poseen raíces que están rodeados por un hueso. Una dentadura, por el contrario, se asienta sobre tejido húmedo y resbaloso. El paciente tiene que participar activamente en la discusión y debe permítirsele enunciar sus conclusiones. Utilizando los mismos auxiliares visuales que usó el dentista para darle a conocer al paciente los fundamentos básicos de las dentaduras, para que pueda entender algunos de los problemas, que presentan las dentaduras totales. Los modelos o diagramas del sistema gnático natural con dientes así como del sistema de dentaduras -- mecánicas son auxiliares útiles para ilustrar los errores especiales relacionados con el uso de las dentaduras totales, así el dentista guía al paciente en una discusión con respecto al -

soporte.

Se debe señalar que los dientes naturales y sus raíces --- constituyen un aparato eficaz para la masticación de los alimentos duros. Una dentadura descansa sobre hueso con una delicada capa de mucosa entre la base de la dentadura y el hueso. Las -- fuerzas masticatorias generadas por las dentaduras están limitadas por la magnitud de presión que puede ser aplicada en forma cómoda y segura a estos tejidos interpuestos. Algunos estudios han mostrado que pacientes con dientes naturales tienen -- una fuerza de mordida promedio de 22 kilogramos, de presión y las prótesis totales están limitadas a una fuerza de mordida de 7 kilogramos, se le deberá explicar al paciente que los dientes tienen un sistema propioceptivo agudo, son capaces de detectar variaciones pequeñas en el movimiento, así como las diferencias en tamaño, localización y textura. Los pacientes con dentaduras por el contrario, han perdido su mecanismo de gafa dental.

Estas comparaciones no deberán hacerse para desalentar al paciente de prótesis total, sino para darle el entendimiento de las desventajas físicas y mecánicas existentes con dentaduras -- totales. También es importante decirle al paciente que aunque la investigación dental han mejorado los materiales para las -- dentaduras y la experiencia clínica ha templado la construcción de las dentaduras, la prótesis total no es un buen sustituto -- para los dientes naturales, sino que sólo una solución para problemas de salud dental previos, presentan una serie de problemas propios.

Se debe hacer énfasis al paciente de que los problemas no

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

son imposibles de resolver, sino que son vencidos con paciencia determinación y habilidad. Al igual que con cualquier prótesis, el paciente aprende a funcionar con dentaduras totales. La responsabilidad por las dentaduras exitosas debe ser compartida. - Una gran medida del éxito estriba en la capacidad del paciente para comprender los problemas básicos relacionados con las dentaduras completas y superarlos o compensarlos.

**Sensación bucal.**- Tan pronto como las dentaduras sean colocadas debemos permitir al paciente observarse. Esta impresión visual ayudará a asegurar al paciente y contrarrestará sus sensaciones bucales exageradas. Existen dos motivos para esto: primero, el dentista desea tomar ventaja de la mayor zona tisular posible para ayudar a la estabilización, retención y distribución de las fuerzas de masticación; así, la nueva dentadura puede ser un poco más grande que la posterior o anterior. Segundo, cualquier cambio pequeño en el contorno de la dentadura es percibido en la boca como un volumen grande. Debemos asegurar al paciente que esta sensación de volumen desaparecerá con la familiarización.

**Exeso de saliva.**- Hay que decirle al paciente que el exeso de saliva es una reacción normal de las nuevas dentaduras y que disminuirá lentamente en las próximas semanas. La deglución será necesaria para evaluar el exeso de saliva y se le advierte al paciente que evite escupir o enjuagarse en forma compulsiva, ya que esto tiende a desplazar las bases de las dentaduras.

**Problemas con el Habla.**- Debido a la sensación inicial de volumen y al exeso de saliva que le acompaña, no es raro que el

habla del paciente se distorcione. Esta distorsión fonética es más evidente cuando se enuncian los sonidos silbantes. La fluidez del habla también puede ser afectada; o sea, que se le hace más difícil hablar al paciente y carece de coordinación durante la conversación rápida.

El aparato fonético, aunque muy preciso, también es capaz de adaptarse. Debemos alentar al paciente para que lea en voz alta en su casa. La lectura disminuye la velocidad del habla y encima la concentración intensa causada por la forma en que el paciente se oye a sí mismo. El habla con la lectura pronto adquiere un tono natural y se hace más fluida. No debe pedirle que pronuncie la misma palabra o sonido en forma repetida. La impresión de que no se habla con corrección llega a convertirse en un obstáculo mental.

Problemas con la alimentación.- El paciente parece tener un deseo inmenso de probar su nueva dentadura. Cada uno tiene su propia comida para esta prueba. Para algunos la habilidad para comerse un filete grueso es la marca de una buena dentadura. Sin embargo, estos intentos provocan dolor y frustración. Es necesario advertirles que la eficacia masticatoria de sus nuevas dentaduras deberá desarrollarse lentamente y refinarse. Al principio deben limitarse a alimentos blandos o crujientes que son masticados con facilidad. Tienen que evitar alimentos duros y resistentes que sobrecargan la capacidad de sus rebordes alveolares, nunca podrán masticar ciertos alimentos en forma adecuada. Existe una gran variedad de alimentos blandos, por lo que el paciente no necesita comprometer el gusto o valor nutricional de

sus alimentos. Se prescribirán alimentos líquidos o en polvo -- como suplemento para su dieta si se considera necesario.

Lo que podrá comer dependerá de la educación del paciente y el sentido común. La forma de comer con dentaduras es una habilidad que tiene que ser aprendida. En principio, la masticación con dentaduras es más metódica que con los dientes naturales. Se le pide al paciente que divida la porción normal de alimento tomada en el tenedor a la mitad y que no coloque toda es decir que coloque una mitad en la porción anterior y la otra en la porción posterior de ambos lados. La colocación del alimento en la porción posterior, en la zona del primer molar, aumenta el poder del ciclo masticatorio, y coloca la carga oclusal sobre la zona principal de soporte. La masticación bilateral ayuda a estabilizar las bases de soporte, de la dentadura mediante la distribución de las fuerzas de masticación a ambos lados de los rebordes residuales. Esto ayuda a reducir el o los desplazamientos laterales, y estabilizará la base mandibular de la dentadura.

Continuamente hay que advertirle al paciente que el comer con dentaduras es una habilidad que tiene que aprenderse. Algunas personas lo logran con mayor rapidez que otras. Los factores de edad, el grado de resorción alveolar, la motivación coordinación natural no son controlados por el dentista. Sin embargo, sí alentar la perseverancia, fomentar la motivación y guiarlo a través de muchos problemas de las dentaduras completas utilizando un programa de educación para serle aplicado al paciente con cuidado.

**Conservación de los rebordes residuales.-** El papel de los

rebordes alveolares no es el de soportar las cargas masticatorias que crean las prótesis completas. Entonces, los pacientes, - especialmente aquellos cuyo estado general no es muy bueno puede sentir cierta irritación e incomodidad de los tejidos bucales.

Si se experimentará alguna irritación de los tejidos, se le aconseja al paciente que se quite sus prótesis y deje descansar la boca por un tiempo. Mas es el daño que se le causa - que beneficio, si se le indica que deje las prótesis constantemente en la boca durante este periodo de adaptación puesto que se volverán sumamente nerviosos y fatigados y se descorazonará innecesariamente respecto de la aceptación final exitosa de las prótesis. Sin embargo, se le diga al paciente que se coloque las prótesis varias horas antes de la cita para que sean visibles los sitios dolorosos y se puedan hacer correcciones adecuadas.

Se le citará y se le dirá al paciente que las prótesis se deben quitar por las noches para proveer el necesario descanso de las cargas que éstas trasladan a los tejidos de los rebordes residuales. El no dejar que descansen los tejidos de la superficie de asiento puede ser un factor contribuyente para la - iniciación de lesiones bucales graves tales como hiperplasia papilar inflamatoria o aumentar la oportunidad para la exacerbación de infecciones fungosas tales como la moniliasis. Cuando - las prótesis se dejan fuera de la boca es necesario colocarlas en un recipiente con agua para evitar que se deshidraten y que se produzcan posibles cambios dimensionales del material de la base protética.

Los rebordes residuales pueden afectarse en forma adversa por el uso de adhesivos y forros de factura casera, y se le advierte al paciente de su inoportunidad de su uso. Si el paciente llega a utilizar alguno de estos materiales pronto se sentirá inseguro sin ellos. Los adhesivos y especialmente los forros -- caseros invariablemente modifican la posición de la prótesis sobre el reborde residual, lo cual tiene por resultado un cambio o alteración de la relación vertical y céntrica. Los rebordes residuales pueden sufrir lesiones irreparables en un corto período.

Duración de las dentaduras.- Su duración será más o menos larga, según la importancia de las correcciones, técnicas desarrolladas y materiales utilizados. Frente a la edentación total el pronóstico es sencillo, en principio; limitado a preanunciar las conocidas secuelas del desdentamiento, o su prevención, desaparición o compensación con ayuda del tratamiento protético.

El pronóstico referido al tratamiento protético comprende de dos partes: El pronóstico próximo, o sea la posibilidad del éxito protético inmediato, y el pronóstico mediano o pronóstico de duración en servicio.

Pronóstico Inmediato. Estadísticamente el pronóstico de éxito inmediato en el tratamiento de la edentación es satisfactorio, sin duda, especialmente en personas jóvenes, con buen estado, general, maxilares sanos, y carentes de trastornos psicómotrices, a condición de que las prótesis llenen las cualidades -- técnicas que son de retención, soporte, estabilidad, con estética y confort además de salud.

Este pronóstico está en función no solo de la condición del paciente, si no también de la habilidad del profesional, juzgando siempre estadísticamente, cuando se dice que, a mejor -- técnica mejor prótesis.

Pero si el pronóstico, en cuanto al resultado del tratamiento resulta optimista en sus terminos generales en virtud del conocido éxito de la prótesis; otra es la realidad cuando el odontólogo debe formular pronóstico frente al caso particular, y -- tiene conciencia de que el éxito protético está ensombreciendo por un porcentaje de fracasos y semifracasos y trastornos inmediatos a distancia. No puede sin embargo, abstenerse de formular pronósticos, en cuyo acierto suele además, quedar comprometido personalmente no sólo por razones de responsabilidad profesional, sino también, porque al encargarse del tratamiento, como es habitual, la parte favorable del pronóstico que ha justificado el tratamiento tiende a convertirse en una especie de compromiso de éxito, cuya proporción será decidida por el paciente a poco que el práctico no haya procedido con toda la cautela necesaria.

El mal estado orgánico general puede influir o no en el -- pronóstico protético, según los casos y de diversos ángulos, se han hecho exámenes de conjunto sobre esta cuestión (trastornos nutricionales, endocrinos, vitamínicos, etc.); la sensibilidad y estado psíquico, tantas veces citadas, son también factores -- de pronóstico de importancia muchas veces decisivo.

Pronóstico mediate. Es sabido desde largo tiempo, señalado ya por los investigadores relativamente antiguos, que la estabilidad de las dentaduras protéticas, cuando estan bien realizadas con materiales nobles, dependen, fundamentalmente de la es-

tabilidad orgánica y que, normalmente de la estabilidad de las prótesis que van perdiendo cualidades de adaptación, retención, y eficacia, frecuentemente sin conciencia de los pacientes. Aunque se ven prótesis con 10, 15 o más años en servicio, el pronóstico mediate no tiene derecho a ser tan optimista.

El paciente debe saber que, debido a las condiciones cambiantes de su organismo en parte también, a veces, el desgaste o modificación del material, las prótesis completas tienen pocas probabilidades de durar más de tres o cinco años sin reajustes o sin que se imponga la necesidad de cambiarlas,

Pronóstico en función de la historia protética. a) Prótesis correcta sobre maxilares sanos; buen pronóstico, especialmente si una prótesis ha sido bien admitida durante varios años la prótesis probablemente dura bien varios años si la salud se conserva. b) Prótesis inmediata o sobre cirugía reciente; el pronóstico señalará la probable necesidad de pronto rebasado y quizá la conveniencia de prótesis nueva al cabo de un año, aun cuando esto no es seguro, a veces no se requiere prótesis nuevas al cabo de muchos años. c) Prótesis rehechas a causa de manifestaciones para-protéticas; el pronóstico inmediato suele ser bueno; pero debe advertirse al paciente de la necesidad de estricta vigilancia, porque la condición puede repetirse. d) Reparaciones; Señalar al paciente la posible deformación o desajuste y la probabilidad de repetición del accidente. e) Rebasados; -- prótesis nuevas el pronóstico como en estas (a y b), prótesis antiguas, pronóstico muy dudoso. f) Casos difíciles o intolerancia protética; Pronóstico reservado, estudio minucioso y a fondo para considerar, las probabilidades de mejorar la situación actual.

**Contraindicaciones.** La prótesis completa está contraindicada cada vez que no constituya beneficio para el paciente o implique riesgo para su estado. No aporte beneficio, por ejemplo, en el Parkinsonismo grave, la senilidad avanzada significa un riesgo grande en idiotas, dementes, sífilis, tuberculosis bucal, u otros procesos graves en evolución, como es riesgo también en pacientes con maxilares irradiados y las probabilidades de éxito son negativas cuando el estado mental o espiritual del paciente impide su comprensión, tolerancia o confianza suficiente.

**Indicaciones esenciales y complementarias.** Se entiende por indicaciones de tratamiento la formulación que el médico o el odontólogo hace sobre todas las circunstancias que el paciente debe cuidar para lograr la restauración de su salud.

Desde un retoque o una reparación, hasta la construcción de nuevas prótesis, con o sin preparación médico-quirúrgica o protético de la boca, todo lo que el protesista hace y muchas veces, la manera de como la hace, debe involucrarse en la indicación del tratamiento, que será tanto más claro y preciso cuando mayores los conocimientos y habilidad del profesional.

## CONCLUSIONES .

Después de elaborar este trabajo, llegamos a la conclusión que la prostodoncia total, aporta más ventajas que desventajas, ya que constituye el medio, de reducir la tragedia física, y psíquica del desdentamiento total.

Una prótesis completa después de haber sido instalada y -- haberse hecho los debidos exámenes y ajustes periódicos, es importante mantenerlas en buen estado, pues de está dependerá su conservación y el buen funcionamiento, así como también la salud del paciente, porque una prótesis en mal estado, le producirá problemas físicos y mentales; físicos, como deformación en su cara, úlceras en la mucosa oral, problemas gastrointestinales etc., y mentales, como problemas nerviosos y psicológicos, como de inseguridad al presentarse ante cualquier persona, o de stress emocional.

Este fué el factor principal que me guió a efectuar esta tesis; puesto que muchas veces por indecisión o por razones económicas, los pacientes no recurren a nuestros consultorios, -- para reponer dicha perdida dentaria, haciendo en consecuencia, que el forzamiento en el acto masticatorio o la falta de él se nos traduzca, en una pérdida de la fase estética normal, coadyuvando está con la pérdida del estímulo muscular, traducida -- en una atrófia en el mayor de los casos.

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

- 1.- Sharry J. John.  
Prostodoncia Dental Completa.  
Editorial Toray. S.A.  
Barcelona, España.  
Primera Edición.  
1977.
- 2.- Saizar, Pedro.  
Prostodoncia Total.  
Editorial, Mundi.  
Buenos Aires, Argentina.  
1974.
- 3.- Neil J.D. Naira I.R.  
Prótesis Completa.  
Editorial, Mundi.  
Buenos Aires, Argentina.  
Primera Edición.  
1971.
- 4.- Swenson, Merrill Gustav.  
Dentaduras Completas.  
Editorial, U.T.E.H.A.  
México, D.F.  
Segunda Edición.  
1955.
- 5.- Boucher O. Carl.  
Prótesis para el desdentado total.  
Editorial, Mundi.  
Buenos Aires, Argentina.  
Primera Edición.  
1977.
- 6.- Clínicas Odontológicas de Norteamérica.  
Dentaduras Completas.  
Editorial, Interamericana.  
México, D.F.  
Primera, Edición.  
1977.

- 7.- Martorelli, Hector.  
Técnica de Prótesis Completa Equilibrada.  
Editorial, Mundi.  
Buenos Aires, Argentina.  
Primera, Edición.  
1977.
- 8.- Osawa Deguchi, José.  
Prostodoncia Total.  
Talleres de la U.M.A.M.  
México, D.F.  
Primera Edición, 1973.
- 9.- Robles Santana Felipe-Herrera Urbina Jaime.  
Manual de Prostodoncia Total.  
Editorial, Talleres de la U.A.G.  
Guadalajara, Jal.  
Segunda Edición.  
1981.
- 10.- Winkler, Sheldon.  
Prostodoncia Total.  
Editorial, Interamericana.  
México, D.F.  
1982.
- 11.- Ripel G. Carlos.  
Prostodoncia, Procedimientos de Laboratorio.  
Promoción y mercadotecnia Odontologica, S.A.  
México, D.F.  
Primera, Edición.  
1977.
- 12.- Watt David M. And Mc. Gregor, A. R.  
Designing Complete Dentadure.  
Philadelphia.  
W. B. Sanders. Co.  
1979.