

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO EN LA
ELABORACION DE UNA PROTESIS TOTAL**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO

DENTISTA

P R E S E N T A

NORMA ANGELICA GONZALEZ MORENO

ASESOR. C.D. FERNANDO LOPEZ CABRAL

GUADALAJARA, JALISCO

1991



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 D I C E ****

INTRODUCCION.

*** CAPITULO I ***

EVALUACION FISICO MENTAL.

a).- ESTADO PSIQUICO	1
b).- ESTADO FISICO	12

*** CAPITULO II ***

EVALUACION ORAL.

a).- PROCESOS RESIDUALES	26
b).- FORMA DE LA BOVEDA PALATINA	28
c).- CONTORNO DEL PALADAR	29
d).- FRENILLOS	31
e).- LENGUA	34
f).- TEJIDO BLANDO	35

*** CAPITULO III ***

CORRECCIONES QUIRURGICAS.

a). - FRENILECTOMIAS	38
b). - TORUS PALATINOS	39
c). - TORUS MANDIBULARES	42
d). - REGULARIZACION DE PROCESOS	44
e). - CANCER ORAL	48

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

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

Para llevar a cabo un tratamiento dental, cualquiera que fuere es indispensable realizar una historia clínica completa, la cuál nos servirá para evaluar al paciente sobre su enfermedad y formular así un plan de tratamiento.

En el caso de prostodoncia total nos va a dar un diagnóstico, el cuál nos va a decir que es lo que padece el paciente.

Así mismo posteriormente, nosotros tendremos un pronóstico, el cuál nos dirá las probabilidades de éxito, que tendremos en el tratamiento y una vez reunida toda la información trazaremos un plan de tratamiento. El cuál nos llevará a la curación y el restablecimiento de nuestro pacientes.

Así mismo, es imposible tratar a un paciente desdentado, él cuál requiere una prótesis total y al no realizar una historia clínica sucede que durante la marcha o en la realización del tratamiento, nos topamos con problemas que nos impiden fabricar la prótesis total, lo cuál nos causaría problemas emotivos y económicos.

Es por eso que damos, una opinión en esta tesis sobre la importancia en la elaboración de una historia clínica dental, para el tratamiento del paciente desdentado, y en la fabricación de su prótesis total.

CAPITULO I.

EVALUACIÓN FÍSICO MENTAL

ESTADO PSIQUICO.

Las tentativas Prostodóntica de la humanidad evidencian la importancia Psíquica de la edentación. Acrecentada en nuestra época, extendiéndose a todas las clases Sociales como consecuencia de la evolución social y el progreso de la odontología, de la Prostodoncia en particular. (4).

Desde el primer momento y hasta el último, las relaciones entre pacientes, odontólogo y prótesis se asientan sobre una base Psicosomática. Será muy difícil quizás imposible, mantener en la boca una prótesis que el paciente rechace. (4).

Bajo el nombre de examen Psicológico, examen Psíquico o examen de la personalidad del paciente sólo se desea expresar la comprensión que debe tener el odontólogo sobre la posición mental y espiritual del paciente respecto a la prótesis que necesita y a los problemas relacionados con ella. (4).

Lo que el odontólogo necesita, en relación con el paciente, no es el diagnóstico de su estado mental, de sus tensiones o sus complejos, ni de la normalidad o no de su función Psíquica. Es simplemente el conocimiento de su posición frente al tipo de prótesis que requiere, puesto que sin su comprensión, su disposición y su cooperación, ninguna prótesis total tendrá éxito. (4).

Alguna vez, la Psicosis o Neurosis, se desencadena en relación con la pérdida de los dientes o con la prótesis, y el odontólogo asiste impotente a una lucha y un sufrimiento incomprensible y desconcertantes.

Por fortuna, tales casos extremos son poco frecuentes lo son, en cambio, pacientes en cuyas personalidades predomina el negativismo que no aceptan la capacidad de la odontología o del odontólogo para resolverles sus problemas; o el escepticismo, que toman con beneficio de inventario todo lo que el odontólogo les dice o la indiferencia, carentes de interés por lo que se les haga, o la agresividad, dispuesto a discutir y culpar al odontólogo su sufrimiento real o exagerado; el masoquismo, que se mortifican con su prótesis, cuando les es posible, a la intolerancia que no pueden vivir con su prótesis ni sin ella. (4).

Los siguientes autores en un estudio realizado en lo individual, clasifican a los pacientes edentulos según los comportamientos Psíquico en el consultorio.

- 1.- Mente Filosófica.
- 2.- Mente Exaltada.
- 3.- Mente Histérica.
- 4.- Mente Indiferente.

Clasificación del Dr. House (1921). (3).

El Dr. Pedro Saizar nos da varias clasificaciones de diferentes autores.

El Dr. Pedro Saizar nos da varias clasificaciones de diferentes autores.

- Jamienson 1960 En Racionales, Emotivos, Metodicos, e indiferentes.
- Anderson y Storer 1966. Los clasifico en seis grupos. Mente Tranquila, pacientes más dificiles, el ansioso, el desconfiado, el agrsivo y el indiferente.
- Blum 1962. Razonable y los irrazonables o no realistas. (

ACTITUD MENTAL

Es una reflexión de la Salud General con respecto a la actitud Mental, House los clasifico en grupos: Filosofico, Histerico, exigentes e Indiferentes. A estos últimos no les preocupa el encontrarse desdentados. Pueden ser convencidos por sus amigos o familiares a visitar al dentista y a hacerse dentaduras. Afortunadamente, la gran mayoria son Filosófico. Comprenden la necesidad que existe de cooperación y hacen todos los esfuerzos necesarios para asegurar el éxito. Los individuos que más problemas causan son los Histérico que con frecuencia se encuentran dentro del grupo posmenopáusico. Estos son dificiles de manejar debido a que se encuentran sometidos a cambios importantes. Pueden presentar disfunción hepática, aclorhidria, sensaciones anormales del gusto y de ardor en la lengua y en la boca o anemia secundaria. Son más propensas, a la resorción rápida y a la cicatrización tardía. También son más susceptibles a presentar tejido friables y

delicados. Queilosis y Fisuras y agretamientos de los labios. Estos pacientes casi siempre requieren mayores ajustes después de la inserción de las placas que otros. Tienen fobia al Cáncer y causalgía al mismo o dolores vagos y pasajeros difíciles de diagnosticar.

La mala Salud es responsable de gran número de quejas conflictivas, algunas de las cuales carecen de fundamento. (8).

Lo importante no es clasificar al paciente de alguna manera sino comprenderlo estudiar sus problemas y sus dificultades mentales y tratar de ayudarlo, darle información adecuada y sobre todo hacerle comprender y compartir la parte de responsabilidad que le corresponde.

El exceso de confianza, como el de desconfianza por parte del paciente, tienden a ser perjudiciales. El paciente debe confiar en su odontólogo, pero sabiendo que no es infalible. El odontólogo no debe iniciar el tratamiento ante un paciente mal, indispuestos, para comprender la realidad o someterse al período de adaptación y adiestramiento que inevitablemente requiere la prótesis completa.

Esta comprensión es igualmente importante frente al paciente que nunca ha usado prótesis como frente al que tiene experiencia protética, tanto si esta es exitosa como si no lo es o lo es a medida. La cantidad de pacientes que luego de buena experiencia protética, no logran satisfacción en las dentaduras de reemplazo, prueba que el tratamiento de la edentación total no es nunca fácil y que cada vez debe el odontólogo agotar

las posibilidades para un correcto diagnóstico y una comprensión. (4).

La edentación influye desfavorablemente en el equilibrio orgánico y Social del Individuo; transforma el contorno facial, altera la expresión y repercuten en la mente y en los sentimientos.

Es importante conocer la personalidad Psíquica del anciano y entender las alteraciones que ocasiona el estado edéntulo en los adultos jóvenes por la tendencia común de asociar la pérdida de los dientes con el clásico esquema Senil.

El envejecimiento implica no sólo cambios estructurales y Biológico, sino que también aparecen notables trastornos en la mentalidad.

El desmoramiento del Ego se manifiesta por dos vías.

- 1.- La llamada reacción depresiva, es el desorden Psíquico más común que presentan los ancianos.
- 2.- La llamada demencia Senil cuando sufren de cambios orgánicos en el sistema nervioso Central con Arterioesclerosis cerebral, presentan patrones de conducta perturbadas. (2).

CONSIDERACIONES PSICOPATOLOGICAS.

- a.- Trastorno Mental Indirecto: Diagnóstico por diversos Psiquiatras usando medidas conservadoras.
- b.- Trastorno mental probables, que según los grupos de Sjöbring se consideran Patológicos.

c.- Trastornos Mental concebible, en el que no se excluye la posibilidad.

Hasta el momento no ha sido posible definir y correlacionar con precisión los complejos cambios y procesos orgánicos que originan muchos de los trastornos Psiquiátricos.

En personas predispuestas los esfuerzos Psicológicos pueden provocar un transtorno mental.

Este hecho ha llevado a los Psiquiatras a distinguir entre:

- 1.- Trastornos Orgánicos, en los que la enfermedad mental puede plantearse directa o indirectamente como una enfermedad evidente, como un mal funcionamiento lesivo del cerebro
- 2.- Desórdenes Funcionales en los que la enfermedad Mental es de una naturaleza Psicogénica sin un origen Psicósomático definitivo o sin cambios observables en el sistema nervioso Central estructuralmente relevantes, como Psicosis afectiva o Parafrenia.

CLASIFICACIÓN PSIQUIATRICA EN LA VEJEZ.

Se considera conveniente y útil para él Diagnóstico agrupar los trastornos en la siguiente forma.

- a.- Demencias Preseniles. En la edad madura.
- b.- Demencias Seniles. Psicosis.
- c.- Psicosis Arterioescleróticas.
- d.- Psicosis Afectiva.

e.- Parafrenia.

DEMENCIAS PRESENILES.

De origen desconocido, empiezan a aparecer desde 40 a 50 años de edad. Aunque poco frecuentes se mencionan la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Pick las características son degenerativas y atroficas, sistemática de la personalidad que originan.

La enfermedad de Alzheimer se acompaña también de alucinación e ilusión y un empeoramiento de la postura y el movimiento sin embargo el más común de los trastornos presenta una reducción tanto de la capacidad intelectual como de la de trabajo.

DEMENCIA SENILES.

Más común en la mujer aparece en la vejez entre 65 y 70 años. Los cambios patológicos que ocurre son difusos. Se observan una lenta y relativa deterioración intelectual progresiva.

En las primeras fases se aprecia una profunda depresión, desinterés, de carácter irritable y pérdida emocional y empeoramiento de la memoria. Se hace mentalmente más lento, obtuso emocionalmente, pierde su facultad de comprensión y llega a confundirse.

La psicosis Senil entraña una completa desorganización y degradación de la conducta.

PSICOSIS ARTERIOESCLERÓTICA.

Inicia en la vejez más avanzada y puede ser grave o de corta duración. Una tendencia a la recuperación temporal, a nuevos ataques y a un curso fluctuante, pérdida de la memoria que la deterioran y un cambio en las reacciones emocionales.

PSICOSIS AFECTIVAS.

Es una condición neurótica latente, frecuente en la vejez que se diagnóstica por un trastorno emocional depresivo. Signos leves de depresiones funcionales pueden observarse como incapacidad de recordar acontecimientos recientes, enajenamiento, desorientación, deterioro intelectual y requiebrajamiento de sentimientos y emocionales.

El estado depresivo puede empeorar en poco tiempo con signos progresivos de inquietud, angustia e insomnio.

PARAFRENIA.

Se considera difícil distinguir la parafrenia tardía de las depresiones paranoides y de la enfermedad cerebral orgánica.

Las Mujeres son más propensas, se desarrollan a los 60 años. El síntoma característico es el delirio de persecución, celos arrogantes, presumido y con falta de emoción y afecto hacia los demás, los delirios se acompañan con alucinaciones.

PSICOLOGÍA DEL DESDENTADO.

Los problemas Psicológicos de la persona de edad avanzada son factores importantes y de influencia decisiva en el diagnóstico y tratamiento de la patología edéntula.

COMPLEJOS.

La adaptación mental y la versatilidad decrecen tanto intelectual como emocionalmente, y la tendencia a reacciones depresivas y a enfermedades se incrementa con la edad.

MOTIVADOS.

La motivación depende de muchos factores.

1.- La capacidad intelectual, de gran importancia y considerable influencia durante el envejecimiento estas funciones pueden mantener su madurez con sólo una ligera regresión.

Sin embargo su interrelación se deteriora y el individuo antes bien integrado se convierte en una persona progresivamente en una persona progresivamente menos capaz.

2.- Otros rasgos de importancia se relacionan con la posibilidad con que el paciente se irrita o tiende a mostrarse irritable con los demás.

3.- La capacidad o voluntad del paciente para comprender lo que se le ha dicho.

RECEPTIVOS.

Las tentativas prostodónticas evidencian la importancia psíquica de la edentación. Es una condición necesaria la comprensión, disposición y colaboración del paciente para lograr

los objetivos de una rehabilitación; integrarlo a una actitud conciente de participación y responsabilidad durante y después del tratamiento prostodóntico.

El examen psíquico o examen de la personalidad del paciente debe limitarse y enfocarlo a los aspectos relacionados con la prótesis, apoyarse en sus conocimientos y experiencias clínicas al reconocer e interpretar la actitud mental, tensiones, fobias, complejos y normalidad de las funciones psíquicas.

PERSONALIDADES PRESICÓTICAS.

En el estudio de personalidades presicóticas se consideran los siguientes grupos.

- a.- Esquizoides.
- b.- Clitotímicos.
- c.- Hiperemotivos.
- d.- Mitómanos.
- e.- Paranoicos.

EZQUIZOIDES.

Esta personalidad se caracteriza por una ausencia de convivencia con la realidad que implica el medio y un recogimiento del paciente en sí mismo.

CLITOTÍMICOS.

En este tipo de pacientes existen un ritmo pendular exagerado en el que se consideran sus reacciones originadas por las emociones y sensación. El sexo femenino se ve más afectado y difícil de controlar.

HIPEREMOTIVOS.

Generalmente se les conoce como sujeto con personalidad muy impresionable o sensitiva, es decir, reaccionan en forma exagerada ante las emociones y circunstancias de la vida.

MITÓMANOS.

Aparentan una tendencia infantil de fabulosas mentiras, producto de actividades Patológicas se imaginación creadora.

PARANOICO.

Es una variedad del campo Psicopático que etimológicamente significa alma desviada, es orgulloso y la desconfianza, que parecen ser paralelos y correlativos.

Rara vez se encuentra una personalidad Paranoica en un debil mental.

Existen dos tipos de Paranoicos el culto, que se disfraza de humildad y viceversa, que en los primeros contactos con la vida muestra la anomalía de su carácter. (2).

ESTADO FISICO.

El estado general de salud desempeña un importantísimo papel en el éxito protético y debe ser considerado con el paciente antes de iniciarse el trabajo.

Todos los estados orgánicos con repercusiones bucales pueden estar presente en los desdentados completa. Por lo General los pacientes conocen su condición y no suele ser difícil inducidos a hablar de ella

Los más frecuentes parecen ser las deficiencias de nutrición, los trastornos incidentes con la edad crítica y los Seniles; pero también existen estados diabéticos, cardiacos, arteriales, artríticos, asmáticos y alérgicos en general, etc. cada uno presenta condiciones que conviene conocer para orientar su tratamiento: Problemas frecuentes a las extracciones, posibilidad y conveniencia de preparación quirúrgica preprotética tipo de prótesis, secuencia de las sesiones clínicas, indicación de rebases en lugar de prótesis nuevas a la inversa, mejoramiento del estado general previo a la prótesis etc.

Con frecuencia es el examen local (líquen, Leucoplasia, Lengua Pilosa o Fisurada, Queilitis angular, Grado de Atrofia de los maxilares, color de la mucosa etc. lo que obligan a

entrar en más detalles con respecto al estado general y eventualmente, a aconsejar o exigir la intervención Médica.

La edad, sexo, raza, y ocupación del paciente son datos importantes desde el punto de vista Medicolegal que facilitan una información sumamente útil para el plan de tratamiento, en general los pacientes jóvenes se adaptan con más facilidad que los de más edad: las diferencias Raciales tiene muy poca importancia en si misma, la ocupación puede ser muy importante. (4).

Es importante saber si el paciente padece alguna enfermedad sistémica. Desde luego, enfermedades como la diabetes, discrasias Sanguíneas o avitaminosis afectan la respuesta de la mucosa a las presiones de la dentadura, puede ser conveniente posponer el tratamiento protético hasta que por lo menos las fases agudas de estas enfermedades estén controladas. (5).

TRASTORNOS HORMONALES.

Los trastornos hormonales, como la acromegalia, requieren un cuidado especial. El paciente con Acromegalia puede necesitar ajustes frecuentemente en la nueva dentadura.

El hipertiroidismo se puede manifestar en la cavidad oral reduciendo el flujo de saliva y quizá produciendo inflamación de la mucosa.

El hiperparatiroidismo puede causar un aumento de reabsorción alveolar. (5).

DEFICIENCIA DE HORMONAS SEXUALES.

En la mujer normal la secreción de estrógenos y andrógenos por parte de las glándulas suprarrenales, se mantiene a un nivel adecuado trascesar la menstruación. Sin embargo entre un 20 y un 30% de mujeres postmenopáusicas son afectadas por insuficiencia de hormonas sexuales.

Los signos habituales de deficiencia Estrógena se manifiestan claramente en extensos trastornos del sistema nervioso tales como oleadas de calor, sudor e inestabilidad emocional.

Ocasionalmente aparecen signos de una gingivitis escamosa junto con Atrofia de la capa queratinizada de la mucosa oral⁽²⁾:

ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

La artritis puede afectar a la articulación temporomaxilar hasta tal punto que las relaciones de la mandíbula pueden ser difíciles de obtener muchas de las enfermedades infecciosas sistémicas se manifiestan en la cavidad oral, una mucosa anormal puede deberse a la Tuberculosis, Sífilis, Escarlatina, Difteria, Sarampion o muchas otras enfermedades. Las enfermedades locales, como la estomatitis Aftosa, deberán ser tratadas los más rápidamente posible con preferencia antes de iniciar el tratamiento prostético. (5).

DISCRASIAS SANGUINEAS.

En general, las anemias son las enfermedades Hematológicas

más corrientes que se ven en la Clínica Dental, pueden descubrirse a causa de la ulceración de la mucosa y la infección, que las defensas naturales disminuidas no pueden combatir. A menudo, la lengua puede estar atrófica, inflamada e irritada.

Los aparentes cambios en la mucosa Oral en un paciente que todavía no ha llevado prótesis puede sugerir la posibilidad de una enfermedad sistémica. También, si el paciente ha llevado Dentadura previamente, pero los cambios en la mucosa no están confinadas a la zona donde se lleva la prótesis, el dentista deberá considerar la posibilidad de que existan enfermedades sistémicas. (5).

OSTEOPOROSIS SENIL.

Consiste básicamente en un descenso de la masa esquelética sin alteración en la composición química del hueso, la causa de es descenso puede deberse a un desequilibrio entre la formación y la absorción de hueso. El aumento en la absorción del hueso puede estar relacionada con cualquier trastorno que reduzca el nivel de calcio en el plasma.

La osteoporosis Senil más común en las mujeres, aumenta en incidencia con la edad y se le relaciona con frecuencia a una terapia corticosteroides extensa, una baja absorción de calcio y una inmovilidad prolongada.

Radiográficamente la desmineralización es reconocible

Por un descenso o reducción de la densidad ósea. La pérdida de hueso se presenta sobre todo en la superficie interna, pero con un leve cambio de la superficie del periostio.

SINDROME DE CUSHING.

Lo produce la hiperfunción corticosuprarrenal y el adenoma basófilo hipofisarios, el uso frecuente y prolongado de dosis elevados de corticoides ocasiona el Síndrome de Cushing iatrogenico.

DIABETES MELLITUS.

La causa es una deficiencia de insulina con un descenso de la tolerancia a la glucosa. En la vejez suele descubrirse como resultado de síntomas que tienden a ser insidioso tales como sed, poliuria, prurito y pérdida de peso.

Son frecuentes los signos neurológico, tales como entorpecimiento y hormigueo en las extremidades, cualquiera de estos signos y síntomas debe conducir a un análisis de la Orina y a una estimación de la cantidad de azúcar en la sangre; así mismo debe extenderse este examen a las personas con historia familiar de diabetes puesto que existe una predisposición al ciclo hereditario.

Los signos y síntomas de un diabetico incontrolado esta frecuentemente relacionado con un signos de avitaminosis,

en particular con la deficiencia del complejo vitamínico B.

Otras señales de posible diabetes son:

aparición rápida de lesiones gingivales, sequedad de la boca con hiperemia de la mucosa y tumefacción, sensación de quemazón en los labios, lengua y paladar, además, pérdida de las papila filiformes de la lengua.

DEFICIENCIAS DE NUTRICIÓN.

Las personas de edad avanzada necesitan mantener una nutrición equilibrada, mediante una dieta regularizada. La nutrición equilibrada es el resultado de complejos procesos fisiológicos: de la digestión, absorción, acumulación, utilización y excreción de los alimentos.

Las deficiencias de nutrición se relacionan con cambios en la mucosa oral y características de lengua lisa, queilitis angular, y la lengua lisa y atrófica. También son comunes sensaciones de quemazón; causas probables son la atrofia progresiva de los bulbos gustativos acelerada por deshidratación concomitante, por la deficiencia del complejo vitamínico B y de Hierro.

PROBLEMAS DEL ENVEJECIMIENTO.

el punto de vista patológico hace dos consideraciones teóricas.

- 1.- Como un proceso autodestructivo, aquel en que el cuerpo reacciona inmunológicamente contra sus propios componentes.
- 2.- Como el resultado final de la acumulación progresiva de

experiencias traumáticas casuales relacionadas con la vida y con la enfermedad.

CAUSAS IATROGENICAS.

Las más frecuentes de estas causas producidas por la particioación inadecuada del odontólogo, es la irresponsable aplicación de métodos y técnicas protodónticas de dudosa y mínima calidad, de consecuencia irreversible que aceleran la reabsorción de los rebordes residuales. Surge así la osteoporosis por abuso que desencadenan estímulos excesivos, productos de las presiones exageradas y ejercidas sobre los tejidos blandos de soporte a través de bases protésicas con defecto y desajuste; desequilibrio de las superficies pulidas y de oclusión con la función neuromuscular.

El caso contrario también es causa de osteoporosis, es decir, la falta de estímulo sobre estas estructuras residuales de soporte, se refiere a aquellas personas que no recurren al uso de dentaduras completas para rehabilitar funciones básicas.

Ambas condiciones, estímulos excesivos o abuso y falta de estímulo o desuso, se aplican a todos los tejidos del cuerpo.

Para controlar y prevenir la reabsorción de los rebordes residuales se recurre ocasionalmente a procedimientos paliativos como los acondicionadores de tejidos, modificar el esquema

oclusal, equilibrar fuerzas favorables sobre las superficies de apoyo, indica dietas nutricionales que previenen alteraciones en el tejido basal.

FACTORES HEREDITARIOS.

Estos factores afectan las condiciones dietéticas: los antecedentes familiares que transmiten sus costumbres alimenticias, asimilando minerales orgánicos como los campesinos, a base de frutos, vegetales, granos completos y carne.

Los factores responsables de una nutrición defectuosa es la ingestión de alimentos refinados, así como harinas, azúcar y además en personas con cráneos grandes, la ausencia de minerales marinos.

FACTORES BIOLÓGICOS REGIONALES.

CAMBIOS ESTRUCTURALES DE LA PIEL.

La piel superficiales refleja también el envejecimiento biológico. En las zonas en que, como consecuencia del cambio ocurrido por la cantidad de surcos papilares se reduce, la piel pierde su apariencia y se hace lisa. La secreción de sebácea sufrió también una reducción gradual que ocasiona sequedad de la piel y pérdida de brillo. Con el envejecimiento los capilares cutáneos se vuelve más frágiles, e incluso pequeños traumas puede producir grandes contusiones.

Estos cambios y variaciones fisiológicos normales, conse-

cuentecias de la edad y de la edentación, es un factor importante que el prostodoncista debe incluir dentro de las limitaciones de la influencia protética.

CARA Y CUELLO.

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

En la edad avanzada los cambios más significativos se observan en las tres zonas de la parte superior de la cara.

Desde el punto de vista de la Anatomía prostodóntica los cuatro aspecto que interesan son: el perfil, la forma, la altura fisionómica y el tercio inferior.

PERFIL FACIAL.

Está integrado por la frente la depresión nasal, el caballete y extremidad nasal, la columnela, los labios y el mentón.

Reconociendo estas referencias se encuentran tres tipos de perfil en el adulto: recto, Cóncavo y convexo; siendo el convexo el más frecuente y el concavo el menos frecuente.

Estas referencias son útiles y aplicables para encontrar más fácilmente la línea de armonía en la rehabilitación del

edentulo.

FORMA DE LA CARA.

Esta representada por los contornos fisómicos que dependen de la forma del esqueleto, y por ende, comparados con la forma geométrica clásica, cuadrada, triangular y redonda. Además de las posibles combinaciones que surgen de ellas. Sin embargo se hace notar que, aunque las formas de la cara dependen del esqueleto, es necesario apreciarlas teniendo en cuenta la piel, músculo una variación de ésta repercute en el contorno facial.

ALTURA FISIONOMICA.

En principio ésta es la altura de la cara, considerada habitualmente de frente en la línea media.

Para medir el largo de la fisonomía se toman puntos de referencia anatómica entre la base del mentón en posición de descanso mandibular y la línea del nacimiento del cabello a falta de éste se mide el nacimiento de la ceja.

TERCIO INFERIOR DE LA CARA.

Una vez llegados a la madurez los dos principales conjuntos de surco de la parte inferior del rostro, el surco nasolabial y el surco bucogeniano se van acentuando.

Al avanzar la edad el esqueleto óseo del rostro puede sufrir atrofia con notables modificaciones en las medidas faciales al llegar a la senilidad.

BOCA Y LABIOS.

Se le llama hendidura bucal a la abertura entre los labios el filtro labial es un surco vertical en la línea media del labio superior en la edad avanzada se marca otro pliegue, el surco labiomarginal, que se extiende desde el ángulo de la boca hasta el borde inferior de la mandíbula y es convexo hacia atrás. Aparecen cerca del borde anterior del triángulo de los labios.

NOTA: Es importante analizar estas estructuras físicas en un paciente desdentado para cuando llegue el momento de seleccionar los dientes en cuanto a su forma tamaño y color se realice con la mayor exactitud para que el paciente se vea con una dentadura lo más natural que se pueda, siendo esto lo que tuviera una apariencia como si fuese sus dientes naturales.

TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

Generalmente las personas de edad avanzada conservan en plenitud la capacidad de movimiento mandibulares y habitualmente las articulaciones temporomandibulares funcionan correctamente dentro de límites fisiológicos.

Clínicamente se consideran normales y asintomáticos, colocando los dedos sobre las articulaciones y comprobar la ausencia de sensibilidad dolorosa, ruidos de crepitación y

chasquidos cuando el paciente abre y cierra la boca.

Pueden existir cambios degenerativos en las articulaciones temporomandibulares cuando la pérdida de dientes no ha sido compensada y pueden estar relacionadas no sólo con un grado excesivo de esfuerzo funcional, como en el bruxismo, sino también con una distribución irregular de esfuerzo entre ambas articulaciones derecha e izquierda, por costumbres tales como la masticación unilateral.

Los cambios radiográficos relacionados con esta forma de artritis son:

- 1.- Erosiones Marginales, que se observan como discontinuidad de la capa cortical de las superficies articulares.
- 2.- Depósitos osteofíticos, especialmente en la parte anterior de la cabeza del cóndilo.
- 3.- Osteoporosis y quistes subcondrales estos últimos limitados principalmente a la cabeza del cóndilo.
- 4.- Nivelación de las superficies articulares.

de acuerdo con Cooperman, puede existir alteraciones anatómicas y fisiológicas si se notan las siguientes manifestaciones:

- a.- El paciente no se ha podido adaptar a las prótesis anteriores.
- b.- La cara está asimétrica.
- c.- El movimiento del paladar blando no es rítmico durante

la deglución.

- d.- Hay respiración bucal.
- e.- El tono de los músculos de la cara y cuello es anormal.
- f.- Chasquidos y Crepitación durante la abertura y cierre mandibular.
- g.- La palpación de los músculos temporales, maseteros y Pterigoideos internos producen dolor.
- h.- La mandibula se desvía durante el movimiento de apertura.

Estas consideraciones adquieren una relevante importancia en el tratamiento y son determinantes en el registro de las posiciones verticales y horizontales de la mandíbula y de una oclusión equilibrada y armoniosa. (2).

CAPITULO II.

EVALUACIÓN ORAL.

EVALUACIÓN ORAL.

Con el envejecimiento y la pérdida de dientes aparecen importantes cambios, así como los tejidos y músculos de la cara.

El estado edéntulo significa que el complicado sistema receptor propioceptivo del periodonto tendrá que sufrir una modificación y que su función y capacidad tendrán que ser reemplazadas por receptores de presión menos sensibles en la mucosa que soporta la dentadura y en los músculos y articulaciones.

La transición de un estado dentado normal a un edéntulo patológico representa el aprendizaje de nuevos reflejos y el entrenamiento de patrones de movimiento menos habituales plantean serios inconvenientes a la persona.

Algunas de los propioceptores orales tienen que desempeñar funciones distintas en el control y conservación de las respuestas reflejadas a modelos de movimientos conocidos. Además las nuevas experiencias tiene que analizarse e integrarse en el nuevo patrón de movimientos que inevitablemente exigen la prótesis por su forma diferencia de altura y esquema oclusal

La interacción neuromuscular entre estas estructuras y las superficies que limitan el espacio neutro (labios, carrillo, lengua). e inclusive la piel, dominan tanto la mastica-

ción y el lenguaje como influye en la retención y estabilidad de la dentadura.

Esta interacción pocas veces comprendidas es de tal importancia clínica y técnica que hasta mínimos trastornos o pequeños defectos pueden alterar y disminuir la capacidad de adaptación e incluso anularla.

Con estas consideraciones básicas es obvio efectuar en las personas de edad avanzada una preparación protética paulatina y sistematizada de adaptación.

Tiene que hacerse un examen minucioso de la mucosa de los labios, carrillos, piso de la boca, lengua, paladar duro y blando, amígdalas maxilares y rebordes alveolares. Cualquier lesión sospechosa tiene que recibir consideración inmediata. La naturaleza de las mucosas que cubren los rebordes afectarán la elección de los materiales de impresión y el procedimiento.

TAMAÑO Y FORMA DE LOS REBORDES RESIDUALES.

La forma y el tamaño de cada reborde residual deben considerarse en toda su extensión, pues puede ser voluminosa de un lado y muy atrofiado en el otro; así mismo, debe ser redondeado en la parte delantera y afilado hacia atrás.

Por su tamaño, un reborde residual puede clasificarse en prominente, mediano y angulado.

Los rebordes muy prominentes de relativa frecuente en el maxilar superior, cuando hacen eminencia hacia los lados los rebordes socavados pueden impedir llevar el borde de la dentadura hasta la zona marginal neutra, obligando así a construir los rebordes vestibulares de la dentadura mucho más corto de lo que prometía el buen desarrollo del maxilar, con la inevitable disminución de la estabilidad.

Lo angulados acentuada es más frecuente en el maxilar inferior si la mucosa es sana, el pronóstico no es necesariamente malo; pero la dificultad técnica para obtener buena prótesis será tanto mayor cuando más avanzada la atrofia.

Tampoco es raro que el reborde alveolar inferior esté reemplazado por un filo fibroso que puede oponer poca o ninguna resistencia al esfuerzo masticatorio.

Algunas veces (con más frecuencia en el maxilar Superior). el reborde alveolar esta parcialmente reemplazado por una masa de tejido blando más o menos depresible y movedizo. Puede estar indicada una remoción quirúrgica y como quiera que sea, es simple otro factor adverso a tener en cuenta. (4).

PROCESOS RESIDUALES.

Los procesos en forma cuadrada son los que tienen más

retención y estabilidad, los de forma ovoide son menos favorables y los de forma triangular presentan el mínimo de retención y estabilidad. El proceso ancho de la base es el más favorable.

Si el proceso presenta socavados, irregularidades o proyecciones óseas afiladas deberá corregirse quirúrgicamente. El proceso más difícil es aquel angosto y afilado; principalmente el inferior, se ve en los procesos triangulares. (3).

FORMA DE LA BOVEDA PALATINA.

La forma de la bóveda afectan a la retención de la dentadura maxilar. Una bóveda plana resiste el desplazamiento vertical utilizando mejor las fuerzas de adherencia y cohesión que son consecuencia de la superficie de contacto casi paralela entre la dentadura y la mucosa; pero proporciona poca resistencia al desplazamiento lateral. En una bóveda muy arqueada o profunda, el contacto entre la dentadura y la mucosa soporta una relación más vertical y por lo tanto resiste bien los esfuerzos laterales. Las fuerzas laterales tienden a desajustar fácilmente la dentadura.

Una bóveda redondeada o en forma de U es la que tiene el pronóstico más favorable, ya que soporta el desplazamiento lateral y vertical hasta su grado más elevado.

CONTORNO DEL PALADAR.

El estudio prostodóntico incluye su porción o esqueleto óseo llamado paladar duro, y el paladar blando o velo palatino.

En función de las suturas intermaxilares el paladar duro forma la bóveda palatina, cuyo límites son : hacia adelante y a los lados las apófisis residuales y hacia atrás el paladar blando. En la unión de las suturas intermaxilares y palatomaxilar que encuentran las protuberancias óseas cubiertas de mucosa delgada y se llaman torus palatino. Si el tamaño y forma del torus interfieren en la retención y apoyo de la base protética o si reduce notablemente el espacio de la lengua, se recurrirá a los alivios en la base de la dentadura o su eliminación quirúrgica.

En la parte anterior sobre la línea media del paladar justamente atrás de la posición original de los incisivos centrales, el tejido se eleva ligeramente; es la papila incisiva. Está situada por encima de los conductos incisivos que conducen los nervios y vasos sanguíneos entre las cavidades nasal y bucal.

En el plano anterior del paladar, por detrás de los incisivos y desde el rafé medio se proyectan lateralmente varios rebordes transversales compuestos de tejido fibroso denso conocidos con el nombre de arrugas palatinas. Se extienden hasta atrás de la región de los premolares y tienden a desapa-

recer en la edad avanzada. (2).

El paladar puede ser cuadrado, ovoide o convergente y de profundidad variable. La forma de los rebordes también varía de modo similar. De las diversas formas palatinas, el paladar en forma de V es el menos favorable.

El menor movimiento de la dentadura durante la función logra romper el sello, ya que no existe una zona de soporte horizontal.

El paladar en forma de V present una gran caída, palatina en la región de la línea de vibración. (8).

PALADAR BLANDO.

En la zona de unión entre el paladar duro y el blando, a cada lado de la línea media se observan dos fositas, las foveolas palatinas frecuentemente utilizadas como referencia para la posición de la espina nasal posterior.

Hacia los lados, por detrás de la parte interna de las tuberosidades, se encuentra la escotadura o surco hambular, a qui se palpan los ganchos de las alas internas de la apófisis Pterigoides del esfenoides; está referencia prolongada hasta las foveolas palatinas se utiliza para determinar la Línea vibrátil.

LÍNEA VIBRÁTIL.

Es una línea imaginaria localizada posteriormente en el techo de la cavidad bucal, se extiende de una escotadura

o surco hamular a la otra, pasando aproximadamente a 1.5 mm. por detrás de las foveolas palatinas; determina así la unión entre el tejido fijo del paladar duro y el movable del paladar blando.

El límite de la línea de vibración se determina por observación clínica, donde sube el paladar blando al decir "ah" y baja al intentar expulsar el aire con la nariz tapada y la boca cerrada.

La depresibilidad de la zona que incluye a la línea vibrátil se determina por el grosor de la mucosa que la cubre. (2).

FRENILLOS.

Los frenillos raramente son de naturaleza muscular. Por lo general, consisten de pliegues mucosos en la superficie vestibular bucal y en ocasiones, linguales del borde alveolar. Actúan como rienda flexible, limitando el movimiento de los labios, mejillas y algunas veces de la lengua. (7).

FRENILLO LINGUAL.

Es un pliegue mucoso que fija la lengua al piso de la boca y anteriormente a la mandíbula; se encuentra en la parte media de la cara Milohioidea de la lengua, excepto en la punta

y la encía; sin embargo cuando este frenillo es un pliegue grueso y se extiende desde la misma punta, resulta la conocida lengua con frenillo.

La superficie superior de las glándulas sublinguales y los conductos de las glándulas Submaxilares forman los pliegues sublinguales en la mucosa del espacio sublingual. Esto pliegues convergentes anteriormente y terminan a cada lado del frenillo Lingual en una pequeña elevación llamada papila. (2).

FRENILLO BUCAL SUPERIOR.

Representa el límite mesial que va de un frenillo a otro del vestíbulo labial superior, consta de un pliegue de mucosas simples o múltiples en la región de los primeros premolares.

Su unión a la mucosa alveolar está más cerca de la cresta alveolar que los repliegues de la mucosa justamente anterior y posterior a él. El frenillo Bucal requiere en su acción de una escotadura en forma de V en el borde de la dentadura. (2).

FRENILLO LABIAL SUPERIOR.

Generalmente se diseña una escotadura en forma de V en el borde de la dentadura, para acomodar este tejido en sus diversas posiciones funcionales y evitar fuerzas traumáticas y desplazantes.

(desajustes y pérdida de sellado periférico). (2).

FRENILLO BUCAL INFERIOR.

Es el límite distal del vestíbulo Bucal inferior. Los movimientos funcionales del labios y los carrillos alteran la forma, altura y tensión del pliegue; se diseña una escotadura en forma V invertida en el borde de la dentadura para el libre movimiento de este frenillo. (2).

FRENILLO LABIAL INFERIOR.

El frenillo labial inferior en la mandíbula, como el superior en el maxilar, es un repliegue de tejido que une las mucosa alveolar y labial en la línea media. Para librar la posición de este repliegue mucosa en forma de una hoz discreta, se diseña una escotadura poco profunda en forma de V invertida, en el borde de la dentadura. (2).

Si la inserción de los frenillos está fuera del reborde alveolar el pronóstico será más favorable, si están cerca de la cresta es menos favorables. (3).

LA LENGUA.

La notable actividad de la lengua, como órgano de la

fonación del gusto, de la masticación, en la formación del bolo alimenticio de la deglución y de gran variedad de gestos y sonidos, se realiza con la participación de los músculos propios o intrínsecos y los extrínsecos y los extrínsecos que la conectan como los órganos vecinos.

La lengua tiene una característica importante con la prosthodontia; su adaptabilidad funcional le permite desempeñar en las más variadas circunstancias, y la adaptabilidad volumétrica que llena casi en su totalidad la cavidad bucal cerrada.

(2).

La lengua, que a menudo presenta anomalías de tamaño, forma, función y posición, debe ser examinada. Una lengua estrecha y pequeña contribuye a hacer la impresión con facilidad, pero comprometer el cierre lingual para la dentadura mandibular. Por el contrario, una lengua gruesa y ancha, siempre en el medio cuando se hace la impresión constituye un excelente cierre para la dentadura. Una lengua sumamente grande (Macroglosia). Crea problemas adicionales cuando se hace la impresión y disminuye la estabilidad de la dentadura.

Cuando la posición de la lengua es baja en relación con la cresta del reborde mandibular o retrocede con respecto al reborde anterior, la retención de la dentadura mandibular será mala. Esta relación de la lengua, con frecuencia observada en pacientes desdentados que no han usado prótesis durante años, puede mejorarse educando al paciente. (5).

TEJIDO BLANDO.

MUCOSA.

Cuando esta sana, es interesante, sobre todo, desde el punto de vista de su resiliencia. Pueden encontrarse mucosas tensa, resilientes y blandas. Para la prótesis las segundas son las mejores.

Una mucosa delgada y muy tensa da por resultado un maxilar muy duro, de dureza realmente pétreo a veces, que absorbe poco y mal los pequeños defectos inevitables de la base y de la articulación, y que exige un trabajo a un de mayor precisión, si cabe, con resultado más dudoso. Una mucosa espesa y blanda, si bien puede absorber admirablemente los defectos de la base resulta difícil de impresionar, dificultad el registro de la relación central y resiste mal los esfuerzos masticatorios.

En los portadores de prótesis debe examinarse los signos de patología paraprotética. (Estomatitis protética, atrofia ósea con hiperplasia fibrosa). (4).

SENSIBILIDAD BUCAL.

Las pruebas que antecedentes, sobre todo la palpación de la resiliencia de la mucosa, la exploración digital de la fosa retroalveolar y el estiramiento un poco forzado de las inserciones no dan útiles indicaciones respecto a la sensibili-

dad del paciente a las náuseas al dolor y aun al trabajo intra-bucal.

En cuanto a sensibilidad dolorosa algunas personas, afortunadamente raras acusan dolores más o menos agudos al estiramiento de frenillos e inserciones para la impresión muscular.

(4).

TENDENCIA A LA NAUSEA.

Esta tendencia la podemos valorizar tocando con el índice o con la punta roma de un instrumento el paladar.

Si la tendencia, a la náusea es severa, el pronóstico será muy desfavorable. Una tendencia moderada, normalmente puede ser controlada por los procedimientos cuidadosos de la manufactura de la dentadura, consejos o premedicación. Se valora perfectamente cuando se hace la impresión primaria.

(3).

CAPITULO III.

CORRECCIONES QUIRURGICAS.

CORRECCIONES QUIRURGICAS.

La prostodoncia, apunta a restaurar las porciones funcional y estética del sistema Gnatológico, que se han perdido o están congénitamente ausentes.

Dado que una prótesis no puede ser mejor que la base ósea sobre la que se apoya con su correspondientes cubierta de tejidos blandos, es axiomático que el odontólogo debe realizar todo los esfuerzos que estén a su alcance para preparar, mejorar, preservar y hasta construir los maxilares para lograr un uso prolongado de prótesis.

Muchas dentaduras que se usan con molestias, podrían volverse confortables y funcionales si se realizan modificaciones quirúrgicas para mejorar su uso.

Los criterios para la prótesis en una boca desdentada ideal.

Los siguientes son los criterios de un rebordes desdentado ideal:

- 1.- Soporte óseo adecuado para la prótesis.
- 2.- Hueso cubierto con tejido blando adecuado.
- 3.- Ausencia de rebordes agudos.
- 4.- Ausencias de socavados o protuberancias sobresalientes.
- 5.- Surco vestibular y lingual adecuados.

- 6.- Ausencia de bandas cicatricides que impiden el asentamiento normal de la prótesis en su periferia.
- 7.- Ausencia de fibras musculares o frenillo que movilicen la periferia de las prótesis.
- 8.- Relación satisfactoria de los rebordes alveolares superior y inferior.
- 9.- Ausencia de pliegues de tejido blandos, redundancias o hipertrofias en los rebordes o en los surcos.
- 10.- Ausencia de enfermedades Neoplásicas. (1).

FRENILECTOMIAS.

La Z plastia se usa para corregir bandas fibrosas anchas y músculos. Se hace una incisión vertical a lo largo del frenillo y se hacen dos incisiones, una en cada lado, en los extremos opuestos de la incisión vertical, las tres incisiones semejan la letra Z a continuación los colgajos se trasponen y se suturan obliterando la banda fibrosa y alargándola.

La técnica hemostática es un buen método para eliminar el frenillo labial. Se aplica una pinza en la porción labial del frenillo y otra en el borde alveolar, encontrándose las puntas de ambas pinzas en la profundidad del pliegue.

Luego se pasa un bisturí por debajo de las pinzas, extirpando el frenillo. La porción labial se sutura y el borde alveolar. Si se desea, puede colocarse una compresa quirúrgica a un vendaje bucal en el hueco alveolar por algunos días.

En los casos en que exista pequeña fijación muscular en el lado bucal, puede hacerse una incisión semilunar invertida supraperióstica en la base de la fijación. Con eliminación mínima de tejido, la fijación es elevada y se sutura al periotio. (7).

INDICACIONES.

La unidad de electrocauterio, también puede usarse para socavar la fijación y tiene la ventaja de disminuir el sangrado.

Las adherencias del frenillo lingual causan varios grados de anquiloglosias, lo cual puede interferir con el lenguaje, y por su puesto limita a la lengua en su función para limpiar. (7).

T

TORUS PALATINOS.

El torus Palatino es una proyección ósea benigna, de crecimiento lento, de los procesos palatinos de los maxilares y a veces de las láminas horizontales de los huesos palatinos. Se presenta en forma bilateral a lo largo de la sutura media

en la superficie bucal del paladar duro.

Se han observado torus palatinos en alrededor de 20 al 25% de la población adulta y en el 5% de los recién nacidos, con prevalencia doble en mujeres que en hombres.

La etiología es desconocida. Se indicaron como factores etiológicos posibles: La herencia, el traumatismo superficial, la maloclusión y la respuesta funcional.

El torus palatino crece con lentitud y adquiere su tamaño máximo en la tercera década de vida. El tamaño y la forma son variables y con mayor frecuencia es nodular que fusiforme.

El torus palatino no tiene finalidad útil. Por lo general, no está indicado el tratamiento, salvo:

- 1.- Se tornen tan grandes que perturben la dicción.
- 2.- La mucosa se traumatice, se ulcere o no cicatrice en razón de la irrigación insuficiente.
- 3.- No se pueda persuadir al paciente que no se trata de un tumor maligno.
- 4.- Interfiera con el diseño y la confección de una prótesis dental removible.

OTRO CRITERIO PARA SU REMOCIÓN.

- 1.- Tamaño exagerado.
- 2.- Retenciones.
- 3.- Interferencia con el sello posterior de la prótesis.
- 4.- Inestabilidad de la prótesis producida por el movimiento en esas causas el torus actúa como fulcro. (6).

TECNICA.

- Se anestesia.
- Se hace una incisión Palatino media en la mucosa en toda la longitud del torus y dos incisiones con divergencias oblicua en los extremos anterior y posterior evitando las Foraminas vasculares. (6).

Si el torus se extiende hacia la zona posterior del paladar duro, hay que tener cuidado en evitar la penetración dentro del paladar blando hacia la cavidad nasal.

Cada colgajo se separa con el elevador perióstico y se sutura a la mucosa del proceso alveolar para mantenerlos lejos del campo operatorio. Se podrá atención para no traumatizar desgarrar o perforar los colgajos, estos accidentes producen isquemia. (6).

Si el torus es pequeño y pedunculado y si el hueso palatino es grueso, es posible desprender el torus del paladar mediante un golpe seco de martillo sobre un escoplo filoso de bisel único. (6).

Los cortes en el hueso se hacen de la profundidad deseada con la precaución de no penetrar hacia el piso de fosa nasales.

Una vez dividido el torus las partes se eliminan con gubias o con escoplo y martillo sin peligro de fracturar el paladar. (6).

A continuación se aliza el muñon del torus con limas para hueso, cínceles o fresas grandes para hueso. No es preciso reducir el torus hasta el punto de dejar el paladar cóncavo.

El paladar plano o incluso con un leve reborde residual medio es lo adecuado en la mayor parte de los casos.

COMPLICACIONES.

- 1.- Hematomas.
- 2.- Hemorragias.
- 3.- Desprendimiento de la mucosa del paladar.
- 4.- Perforación del piso de fosas nasales.
- 5.- Fractura del paladar.

TORUS MANDIBULAR.

El torus mandibular es una exostosis que por lo general se presenta en forma bilateral sobre la superficie media del cuerpo de la mandíbula y el proceso alveolar. Estos torus se hallan en el 5% a 10% de la población adulta igualmente distribuidos en los dos sexos. Se localizan en la región de caninos promolares, pero también se los halla como nódulos óseos múltiples desde la zona de incisivo hasta la zona de molares. (6).

La etiología de los torus Mandibulares es desconocida, pero se cree que son una reacción funcional a fuerzas masticatorias.

Los torus Mandibulares se eliminan.

- 1.- Cuando se agrandan tanto que generan dificultades en la dicción o dificultades en la alimentación.
- 2.- Cuando la mucosa que los cubre se úlceras como consecuencia de la traumatización y no cicatriza.
- 3.- Para facilitar la confección de prótesis removible completa o parciales. La remoción de los torus mandibulares no es difícil. (6).

Se realiza fácilmente en el consultorio Dental, con anestesia local muchas veces al mismo tiempo que la extracción de los dientes posteriores.

TECNICA.

La zona se anestesia mediante el bloqueo del nervio alveolar inferior y Lingual y la infiltración vestibular con solución anestésica local. Se hace la incisión sobre la cresta del proceso alveolar desde la zona de molares hasta la región de incisivos. Si se van a tratar los dos lados en la misma sección. No se separa la encía de la región incisiva central para poder volver a colocar el colgajo lingual con precisión y reducir la formación de un hematoma postoperatorio. Puesto que la mucosa que cubre el Torus es muy delgada y se rompe con facilidad hay que tener cuidado al rechazar el colgajo, especialmente si hay Torus redondos múltiples. El colgajo se debe proteger con un separador ancho sosteniendo por el

ayudante durante la reducción de hueso subsecuente. (6).

La mayoría de los Torus Mandibulares se pueden quitar mediante un golpe seco de martillo sobre un cincel afiliado. En caso de que hallan Torus grandes y fusiformes, es útil emplear una fresa dental para establecer un plano de desprendimiento antes de usar el martillo y el cincel.

Una vez reducido el volumen del torus con martillo y escoplo se sigue reduciendo el muñon mediante limas para hueso y fresas.

COMPLICACIONES.

Las complicaciones de la remoción de los Torus Mandibulares, aunque raras, tienen su origen en el desgarramiento de los colgajos de tejido blando o por la laceración del piso de boca con cinceles, fresas, u otros instrumentos. La hemorragia masiva en el piso de la boca produce edema de la lengua y de las zonas adyacentes que obstruye las vías aereas. El empleo apropiado de los instrumentos obvia estas complicaciones. (6).

REGULARIZACIÓN DE PROCESOS.

Irregularidades del reborde residuales.

Cuando éstas interfieren con la extensión correcta y necesaria del borde prótesico debe ser reducidos, pero con criterio conservador, sobre todo en mandíbula. (2).

Las irregularidades que se presentan en el proceso superior entre la cresta del reborde anterior y la tuberosidad del maxilar, deben ser reducidos quirúrgicamente de preferencia en la región de la tuberosidad y no en el borde anterior, con el propósito de conservar la lámina cortical anterior del hueso. (2).

REBORDES RESIDUALES AGUDOS.

Este inconveniente se presenta con frecuencia en la cresta del reborde anterior atrófico de la mandíbula consecuencia de la rápida resorción que ocurre del lado labial y lingual del reborde.

Se describen distintos tipos de rebordes agudos:

- a.- En forma de filo de cuchillo.
- b.- En forma de dientes de sierra.
- c.- En forma con salientes discretas.

El tratamiento quirúrgico consiste en :

incisión, siguiendo la cresta alveolar, reclinación de colgajo labial y lingual; contorneo del hueso expuesto con limas para hueso; remodelación del tejido blando y sutura del epitelio con puntos aislados y poca tensión. (2).

La dentadura en uso, tratada con acondicionadores de

tejido, ofrece mayor comodidad y facilita notablemente la cicatrización. (2).

DIENTES IMPACTADOS Y RAICES RETENIDAS.

El axioma de que todas las raíces retenidas y dientes impactadas deban ser extraídas antes de la construcción de dentadura completa es errónea, cada paciente requerirá consideración individual. Cuando un tratamiento quirúrgico puede ser más nocivo que la condición existente, no está justificada la intervención. (5).

Si se trata a un paciente mayor, el dentista debe tener en cuenta constantemente que el hueso de las personas mayores no es tan flexible como el de una persona joven y que la fuerza debe ser usada con discreción a fin de evitar fracturas de la mandíbula.

Esta posibilidad, por sí sola, es razón suficiente para no extraer todos los dientes impactados profundamente en pacientes de edad avanzada.

DIENTES IMPACTADOS Y RAICES RETENIDAS EN PACIENTES MAYORES

La época ideal para extraer los terceros molares impactados es cuando el paciente es joven y si se cree que estos dientes no aparecerán en la boca, pero si se sospecha que asumirán una función Fisiológica normal, es mejor dejarlos. Así mismo, la mejor época para recobrar una raíz rota es cuando esta se rompe. Algunas veces, el paciente rehúsa que se le extraiga un diente impactado sin sintoma; otras, las raíces retenidas se dejan porque el cirujano cree que en ese momento el paciente no tiene interés en que se lo extraigan.

Esto se convierte en una decisión difícil a causa de complicaciones sistémicas, como angina de pecho, Hipertensión etc. (5).

Además la intervención quirúrgica puede hacerse más difícil por la cementosis del diente impactado y de los cambios escleróticos en el hueso.

Cuando se toma la decisión de dejar un diente profundamente impactado o una raíz retenida, los motivos para ello deberán explicarse al paciente, pero el dentista deberá seguir al paciente mediante frecuentes exámenes clínicos y radiográficos para asegurarse de que no se producen cambios perjudiciales en los tejidos. (5).

Antes de cometer una equivocación sobre si una raíz debe dejarse, se estará seguro de un exacta localización. Una simple ojeada a una radiografía puede dar la impresión de que una raíz retenida se halla localizada profundamente dentro de la maxila o la mandíbula, cuando, en realidad, puede estar

localizada justamente debajo de la placa cortical. (5).

Si se toma la decisión de extraer una raíz retenida en un paciente desdentado, se deberá tener cuidado en conservar la mayor cantidad de hueso posible. Si se coloca una aguja u otro material radiopaco cualquiera en el lugar donde se sospecha está la raíz retenida, constituirá una guía excelente para el cirujano, y como consecuencia, se podrá evitar la excesiva destrucción del hueso. (5).

CANCER ORAL.

Los tumores o neoplasias son crecimiento nuevos de tejido anormal que aparecen en torno de la cavidad bucal así como en otras partes del organismo. Pueden hacerlo en los labios, los carrillos, el piso de la boca, el paladar, la lengua, y en los huesos maxilares. Estos nuevos crecimientos pueden ser de tejido epitelial, tejido conectivo u originarse en tejido nervioso, aunque los tumores pueden ser benignos o malignos, dependiendo de su patrón de conducta y de su estructura celular. Un tumor benigno crece lentamente y está por lo general encapsulado, empuja y separa las estructuras adyacentes y no manifiesta metástasis. Un tumor maligno, por otra parte, ponen en peligro la vida de su huésped por su rápida extensión infiltrante hacia las estructuras vitales circunvecinas y el fenómeno de la metástasis, que crea crecimientos secundarios

en partes distantes de la economía, generalmente a través del sistema linfático y del torrente sanguíneo. (1).

El tratamiento de los tumores es fundamentales la extirpación de la masa aunque la intervención quirúrgica varía con la naturaleza de la neoplasia. Algunas neoplasias benignas de la boca poseen características raramente encontradas en otros sitios de la economía. Esta características pertenecen a los tumores de origen dentario. (1).

Los tumores bucales pueden clasificarse en aquellos de origen dentario y los que son de origen no dentario. Los tumores de la boca de origen dentario surgen de las inclusiones epiteliales remanentes dentro de los huesos maxilares una vez que se han terminado la formación de los dientes. Esto sucede alrededor de los dientes y dentro de las líneas de sutura de los maxilares en desarrollo. Los tumores epiteliales pueden ser secretorios o no secretorios, dependiendo de la presencia de epitelio secretorios, como sucede en los quistes. (1).

TUMORES ODONTOGENICOS.

La Clasificación de los tumores odontogénicos epiteliales se basa en el principio de la influencia inductiva embrionaria que las células de un tejido ejercen sobre las células de otro tejido. En la odontogénesis normal el epitelio amelo-biótico influye sobre las células mesenquimáticas indiferen-

ciadas circundantes de la papila dentaria, induciéndolas a diferenciarse más todavía en odontoblastos. La formación de la dentina, producto final de la actividad odontoblástica, a su vez, ejerce un efecto inductor sobre la formación de la matriz del esmalte por los ameloblastos. La clasificación de los tumores odontogénicos epiteliales se basa en la extensión de la inducción del tejido conectivo por el tejido epitelial. Los tumores se subdividen en dos categorías según el cambio inductivo, sea éste mínimo o extenso. Los tumores odontogénicos mesodérmicos no responden a ninguna influencia inductiva de parte del epitelio ameloblástico. (8).

" CONCLUSIONES "

Para la atención dental a un paciente desdentado es necesario que en su historia clínica anotemos, todos los datos en lo que se refiere a su salud mental y a su salud física, para formularnos diferentes alternativas de solución.

Para identificar los problemas, necesitamos conocer su estado psíquico, porque no podremos atender a un paciente con una enfermedad mental, ya sea euforia, depresión, o cualquiera que fuese.

Así pues, de acuerdo a su salud mental será el modo del cuál será atendido.

Así mismo su estado físico es de importancia, porque en ocasiones el paciente sufre de alguna enfermedad crónica (ejem. Osteoporosis). La cuál impedirá el uso de la prótesis, o bien en algunos otros casos tendremos que realizar alguna corrección quirúrgica en su boca para que finalmente pueda usar su prótesis satisfactoriamente.

BIBLIOGRAFIA.

1.- Cirugía Bucomaxilofacial.

Kruger Gustavo O.

Editorial Panamericana.

5ª Edición 1986.

México D. F.

2.- Prostodoncia Total.

Ozawa Deguchi José.

Editorial Andromeda S.A.

4ª Edición 1981.

México D. F.

3.- Manual de Prostodoncia Total.

Robles Santana Felipe de Jesus y Herrera Uribe Jaime.

Editorial U.A.G.

2ª Edición 1980.

Guadalajara Jalisco.

BIBLIOGRAFIA.

4.- Prostodoncia Total.

Saizar Pedro.

Editorial Mundi.

1ª Edición 1972.

Buenos Aires Argentina.

5.- Prostodoncia Dental Completa.

Sharry John J.

Editorial Ediciones Toray S.A.

3ª Edición 1977.

Barcelona España.

6.- Cirugía Bucal Preprotética.

Starshak Thomas J.

Editorial Mundi.

1ª Edición 1974.

Buenos Aires Argentina.

BIBLIOGRAFIA.

7.- Tratado de Cirugía Practica.

Waite Daniel E.

Editorial Continental S.A. de C.V.

2ª Edición 1984.

México D. F.

8.- Prostodoncia Total.

Winkler Sheldon.

Editorial Panamericana.

1ª Edición 1982.

México D. F.