



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRATAMIENTO DEL PACIENTE GERIATRICO PORTADOR DE
PROSTODONCIAS DESAJUSTADAS.

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

CLAUDIA JOVITA CONTRERAS CARRASCO

DIRECTOR: C.D. NICOLAS PACHECO GUERRERO. J.B.
ASESOR: C.D. ARTURO NUÑEZ HUERTA.

No. 130.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

AL DR. ARTURO NUÑEZ H.

Por apoyarme siempre en todo momento, y por compartir conmigo su tiempo y dedicación. Con mucho cariño y respeto.

AL DR. NICOLAS PACHECO G.

Por que sin conocerme, me brindo toda su ayuda y me apoyo incondicionalmente no tengo palabras para agradecer tanta paciencia y dedicación. Gracias

AL DR. LUPERCIO CONRADO CH.

Por haber compartido sus conocimientos y su atención con nosotros. Gracias

AL DR. VICTOR BARAJAS

Por que hasta el último momento me brindo su ayuda y por depositar en mí, su confianza. Muchas gracias

A LA UNIVERSIDAD

No tengo palabras para poder expresarle toda la felicidad y sobre todo, los triunfos y las metas que pude realizar, gracias por enseñarme lo mas importante en todo el transcurso de mi carrera y de mi vida

A LOS MAESTROS

Por formar con sus conocimientos y experiencias a tantos jóvenes y hacerlos hombres de bien.

DEDICATORIAS

A DIOS

Por que con solo mencionar tu nombre, me siento con mucha paz y tranquilidad, gracias por estar siempre a mi lado y en todos los momentos de mi vida y por darme todos los días la fuerza necesaria para poder seguir enfrentando la vida que me espera.

A MIS PADRES

Con todo el cariño y el respeto que siempre me han merecido, por hacer de mí una mujer con decisión, por inculcarme desde niña los valores y principios y hacerlos valer a todas aquellas personas que me rodean, quiero que sepan que los amo con toda mi alma y que le pido mucho a DIOS que nos siga prestando vida, para seguir siempre juntos y disfrutar de los triunfos y fracasos, que de los cuales nos hacen estar mas unidos que nunca.

GRACIAS.

A TONATHIU

Por ser como eres, y por que siempre estas a mi lado, cuidándome de todo y de todos, eres la persona mas linda y buena del mundo, quiero que sepas que te quiero y te amo con toda el alma y que tenemos la esperanza de que serás el mejor medico del mundo.

A MIS ABUELITOS

JESUS Y MARIO: Por que aunque no estén conmigo saben perfectamente que no fue nada fácil cumplir parte de mis metas y que recuerdo perfectamente que me decían... "Mi clau, nunca es tarde para volver a empezar, no te des jamás por vencida".

A MIS TIOS

JUDITH, ALEJANDRA, YADIRA, HECTOR, JESUS, GILBERTO Y FRANCISCO. Gracias por darme tanto amor y confianza incondicional y por que a cada uno de ustedes, les debo parte de mi formación y por que siempre me reciben con los brazos abiertos cuando llego a su casa y con tristeza cuando me voy de ella, pidiéndome siempre que regrese algún día. Los quiero mucho.

A MIS PRIMAS

ITZEL, INGRIT, BERE, BARBA, CHÍO, NUBIA, SUSI, PATY. Por los buenos y divertidos momentos, por estar siempre apoyándome y aconsejándome en cualquier circunstancia y por ser su prima consentida, por que siempre estaremos unidas y seguiremos disfrutando la vida como solo nosotras sabemos hacerlo.

A MIS PRIMOS

En especial a RICHAR. Por ser el hermano mayor que siempre me hizo falta, por brindarme su apoyo sin condición y por el cariño tan sincero que nos tenemos.

A LALO

Por que, aunque la distancia entre los dos es cada día más grande, mi amor y agradecimiento siempre estarán contigo. A quién me protegió de los demás y de mí misma, conoció mis errores, los aceptó y me ayudó a corregirlos, a quién siempre he considerado una persona valiosa, y que se, es capaz de recobrar la imagen de aquella auténtica persona cuya fortaleza tanto admiré alguna vez. Quiero que sepas que siempre y toda mi vida te llevaré en mi pensamiento y corazón, pues me enseñaste y por ti aprendí a conocer el verdadero amor.... GRACIAS.

A SOFIA, MARIANA, KIKA, MYRNA

Por las experiencias, vivencias, emociones y sobre todo por llevar en alto la palabra "amistad"...Gracias por ser mis amigas.

A ERIKA, ANA, MURAMAY, SALINAS, JORGE Y MARCOS

Por haber pasado con ustedes momentos inolvidables e imborrables de toda mi vida, por hacerme y hacerlos pasar momentos maravillosos y por los viajes tan divertidos que pasamos juntos, quiero que sepan que siempre los recordare.

A ISRAEL, ALBERTO, JUAN Y CARLOS

Por formar o haber formado parte de mi vida, y hacerme sentir siempre muy importante ante cualquier circunstancia y sobre todo el poder saber que siempre están al pendiente de mí. GRACIAS.

INDICE

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

	Pág.
CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	1
CAPÍTULO 2 EXPLORACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE	7
2.1- FACTORES BIOLÓGICOS LOCALES.....	7
2.2- FACTORES FÍSICOS LOCALES.....	7
2.3- SALUD GENERAL.....	7
2.4- ACTITUD MENTAL Y CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN.....	8
2.5- FACTOR QUE PRODUCEN UNA BUENA ADAPTACIÓN A LAS DENTADURAS.....	8
2.6- FACTORES QUE PRODUCEN UNA MALA ADAPTACIÓN A LAS DENTADURAS.....	9
2.7- HISTORIA CLÍNICA.....	10
2.8- LA HISTORIA CLINICA COMPLETA DEBE INCLUIR.....	10
2.9- EXPLORACIÓN FÍSICA.....	12
2.10- EXPLORACIÓN EXTRAORAL.....	12
2.11- EXAMEN FACIAL.....	13
2.12-EXPLORACIÓN DE LOS LABIOS.....	13
2.13- EXPLORACIÓN INTRAORAL.....	14
2.14- COLOR DE LA MUCOSA.....	15
2.15- SALIVA.....	15
2.16- TAMAÑO DEL ARCO.....	16
2.17- FORMA DEL ARCO.....	17
2.18- CONTORNO DEL BORDE.....	17
2.19- RELACIÓN DEL BORDE.....	17
2.20- TEJIDO EXCESIVO.....	18
2.21- PALADAR DURO.....	19
2.22- PALADAR BLANDO.....	20
2.23- SOCAVADOS ÓSEOS.....	20
2.24- TORUS.....	21
2.25- INSERCIONES MUSCULARES Y FRENILLOS.....	22

	Pág.
2.26- LENGUA.....	22
2.27- PISO DE BOCA.....	23
2.28- EXAMEN RADIOLÓGICO.....	23
2.29- EXAMEN DE LA PRÓTESIS ACTUAL.....	25
2.30- DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.....	27

CAPÍTULO 3 ALTERACIONES MÁS FRECUENTES

3.1- HIPERPLASIA PAPILAR.....	30
3.1.1- FACTORES ETIOLÓGICOS.....	31
3.1.2- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	31
3.1.3- HISTOPATOLOGÍA.....	31
3.1.4- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	32
3.1.5- TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.....	33
3.2- ULCERAS TRAUMÁTICAS.....	33
3.2.1- FACTORES ETIOLÓGICOS.....	34
3.2.2- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	34
3.2.3- HISTOPATOLOGÍA.....	35
3.2.4- TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.....	35
3.3- HIPERPLÁSIA MARGINAL.....	36
3.3.1- FACTORES ETIOLÓGICOS.....	36
3.3.2- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	37
3.3.3- HISTOPATOLOGÍA.....	37
3.3.4- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	37
3.3.5- TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.....	37
3.4- ESTOMATITIS PROTÉSICA.....	38
3.4.1-FACTORES ETIOLÓGICOS.....	39
3.4.2- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	39
3.4.3- HISTOPATOLOGÍA.....	40
3.4.4- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	40
3.4.5- CLASIFICACIÓN.....	41
3.4.6- TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.....	41
3.5- QUEILITIS ANGULAR.....	46
3.5.1- FACTORES ETIOLÓGICOS.....	47
3.5.2- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	47
3.5.3- HISTOPATOLOGÍA.....	47
3.5.4- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	48
3.5.5- TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.....	48

3.6- HIPERPLASIA FIBROSA.....	48
3.6.1- FACTORES ETIOLÓGICOS.....	49
3.6.2- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	49
3.6.3- HISTOPATOLOGÍA.....	49
3.6.4- TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.....	49
3.7 ALERGIA A LA PRÓTESIS.....	50
CAPÍTULO 4 TRATAMIENTO POR EL DESAJUSTE PROSTODÓNTICO.....	56
4.1- ACONDICIONADOR DE TEJIDOS.....	53
4.1.1- COMPOSICIÓN Y CARÁCTER.....	54
4.1.2- USO DEL ACONDICIONADOR DE TEJIDOS.....	54
4.1.3- ADJUNTOS EN EL ACONDICIONAMIENTO DEL TEJIDO.....	55
4.1.4- OBTURADORES TEMPORALES.....	56
4.1.5- ESTABILIZADORES DE BASES DE REGISTRO Y GUÍAS QUIRÚRGICAS.....	57
4.1.6- COMO FACTOR DETERMINANTE DE POSIBLES BENEFICIOS EN UN TIPO DE TRATAMIENTO.....	58
4.1.7- TÉCNICA PARA EL USO DEL ACONDICIONADOR DE TEJIDOS.....	58
4.1.8- PREPARACIÓN DE LA DENTADURA.....	58
4.1.9- PREPARACIÓN DEL TEJIDO Y COLOCACIÓN DEL ACONDICIONADOR DE TEJIDO EN BOCA.....	59
4.1.10- CUIDADO Y MANTENIMIENTO.....	61
4.1.11- VENTAJAS Y DESVENTAJAS.....	61
4.2- REBASE DE PRÓTESIS TOTALES.....	62
4.2.1- INDICACIONES PARA EL RECUBRIMIENTO O EL REBASE.....	64
4.2.2- FACTORES GENERALES.....	64
4.2.3- CONTRAINDICACIONES.....	65
4.2.4- TÉCNICAS DE RECUBRIMIENTO.....	65
4.2.5- PREPARACIÓN DEL TEJIDO.....	66
4.2.6- PREPARACIÓN DE LA DENTADURA.....	66
4.2.7- PRINCIPALES PROBLEMAS.....	67
4.2.8- TÉCNICAS DE RECUBRIMIENTO EN BOCA CERRADA PARA LA DENTADURA MAXILAR.....	67
4.2.9- TÉCNICAS DE RECUBRIMIENTO EN BOCA CERRADA PARA LA DENTADURA MANDIBULAR.....	72
4.2.10- TÉCNICA DE LA IMPRESIÓN EN BOCA ABIERTA.....	74
4.3- FÉRULA OCLUSAL.....	82
CONCLUSIONES.....	84



INTRODUCCION

En una gran cantidad de países, la población se va convirtiendo cada vez más en una población "vieja", esto es, que el porcentaje de adultos mayores de 50 años va en aumento en relación con los grupos más jóvenes. Los elementos que han contribuido a esta modificación poblacional incluyen, en términos generales, a los avances médicos y científicos que posibilitan que el promedio de vida sea cada vez más alto (por Ej.: inmunizaciones diversas, control de enfermedades que anteriormente eran necesariamente mortales, etc.) y, por otro lado, las campañas para el control de la natalidad y la planificación familiar han contribuido de manera importante a que el crecimiento poblacional se vaya modificando en un incremento en el grupo de mayor edad.

Esta tendencia que al parecer no será revertida, nos indica que en el corto y mediano plazos estaremos frente a una población compuesta de manera importante por ancianos, por lo que tendremos que asumir el reto que significará el proporcionar atención estomatológica específica a este grupo poblacional, a la vez que deberemos conocer con precisión los factores etiológicos al igual que la patogenia y factores coadyuvantes que determinan la especificidad de las condiciones bucales en esta edad y que repercuten en el tratamiento y adaptación de la protodoncia total.

El proceso de envejecimiento produce en la mucosa bucal una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, lo que origina en ella una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos en los tejidos bucales del adulto mayor, como son:

- Atrofia del epitelio superficial, principalmente a nivel del dorso de la lengua.
- Incremento en la queratinización
- Disminución en el número de células y degeneración de las fibras del tejido conectivo.
- Agrandamiento varicoso de las venas del vientre lingual.



- Aumento en la cantidad de glándulas sebáceas (gránulos de fordyce).
- Atrofia progresiva de las glándulas salivales menores
- Disminución en el número y densidad de las terminaciones nerviosas sensitivas, particularmente en encía y lengua, donde se registra una disminución de los corpúsculos gustativos.

Es difícil establecer hasta que punto las alteraciones mencionadas son el resultado del proceso de envejecimiento mismo, y en que medida se deben a trastornos en el estado nutricional, enfermedades sistémicas prevalentes en esta etapa de la vida, que puedan repercutir en la adaptación y ajuste de la protodoncia.

La técnica influye de manera predominante a su vez en el ajuste ya sea por alguna deficiencia en el material, proceso o simplemente desde el inicio del tratamiento.

La rehabilitación protésica de un paciente, a través del uso de aparatologías construidas con diferentes materiales como el acrílico y otros, conlleva una serie de cambios titulares locales y sistémicos, que en un periodo se traduce en todo un proceso adaptativo, del cual dependerá el éxito o no de nuestro tratamiento.

Infinidad de factores, como por ejemplo el tipo de prótesis y la experiencia protésica anterior, influyen en dicho proceso adaptativo. Sin embargo, una vez instalada la prótesis dental e indicado al paciente como debe cuidarla y usarla, se le explica también que mientras mayor sea el tiempo que la use, incluso nocturnamente, mejor se adaptará, contrario de lo que expresan algunos autores, los cuales califican al uso nocturno como poco importante en cuanto al valor estadístico se refiere, junto a la edad y el sexo.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de envejecimiento esta asociado a una serie de cambios graduales en el sistema estomatognático los cuales dependiendo del estado de salud general del paciente podrian complicarse si es portador de una prostodoncia total con un desajuste leve, moderado o severo y casi siempre estará reflejado en nuestros pacientes.

JUSTIFICACION

La presente tesina es una revisión bibliográfica dirigida al Cirujano Dentista de práctica general, en la cual nos dará una mayor información con respecto al tratamiento de esta problemática, planteando sugerencias o alternativas para la corrección de la misma.

OBJETIVO GENERAL

Estará basado fundamentalmente en el tratamiento del paciente geriátrico portador de prostodoncia total desajustada el cual será evitar algunas patologías causadas por el mismo desajuste y la posible malignización de estas, evitando llegar a tratamientos radicales.

El logro de este objetivo en la prostodoncia total superior y aun más en la inferior ha sido y es uno de los retos cotidianos para el práctico general y para el experto.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Comprenderá los cambios inherentes al procedimiento de envejecimiento de los pacientes portadores de prostodoncia total.
- Diferenciará diagnóstico y los factores etiológicos de el desajuste de prostodoncia total.
- Conocerá los recursos terapéuticos para el arreglo de la prostodoncia total desajustada.



Capítulo I ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Antiguamente, la prótesis dental constituyó solo un instrumento de índole estético. Los alambres de oro y las construcciones elaboradas con alambre de oro de los pueblos etrusco y romano no podían resultar de ninguna utilidad en la trituración del alimento.¹⁸

Hasta principios de este siglo se consideraba del todo normal sacar discretamente la dentadura en la mesa al hora de la comida, o ingerir parte de la comida a solas en el dormitorio, colocando a lo sumo la mano o el vaso disimuladamente por delante de la boca mientras se comía. Fue solo posteriormente cuando comenzaron a desaparecer este tipo de costumbres.¹⁸

En los casos de pérdida total de la dentadura, el fundamento de la prótesis consistía en un dispositivo en forma de U, de madera, hueso, marfil, o chapa de oro posiblemente, durante la historia inicial de la prótesis total se carecía de técnicas de impresión y de modelado. Tampoco puede suponerse que las prótesis talladas en marfil se adaptarán perfectamente al maxilar. Las extensiones de la base protésica de chapa de oro se utilizan desde el siglo XVIII. Seguramente, éstas eran demasiado caras y, según nuestros criterios actuales, no resultaban suficientemente adecuadas.¹⁸

En el lejano oriente se utilizaron como sustitutos dentales las piedras de silicio, mientras que en Europa se empleó la chapa de oro o dientes extralidos. Especialmente en el caso de los dispositivos de marfil, se pueden llegar a desarrollar superficies oclusales, formas y posiciones dentarias con una adecuación anatómica extraordinariamente satisfactoria.¹⁸



Más adelante tuvieron lugar importantes progresos con estos primeros dispositivos, encaminados hacia la fijación de resortes en espiral. Estos resultaban difíciles de insertar, técnicamente inseguros, de difícil limpieza y, así mismo, se ha llegado a afirmar que la presión del resorte provocaba con el tiempo una "tendencia a la parálisis de la musculatura del maxilar inferior". La miopatía constituye, por lo que se ve, un problema conocido ya desde muy antiguo en la prótesis dental completa o total.¹³

La historia de la evolución de la prótesis dental, cuyo objetivo reside en la sustitución de los dientes y estructuras maxilares perdidas, se caracteriza por girar alrededor de un claro punto central: la utilidad de la prótesis para la función de la masticación.¹³

Los dientes de porcelana salieron al mercado en 1837 a través de dos empresas, la Ash en Inglaterra y la White en América.¹³

La goma rígida o caucho vulcanizado apareció en 1851, al descubrir Goodyear el caucho. Ello permitió producir una base protésica que se adaptase perfectamente al maxilar. Además, de este modo, se había solucionado el problema de la fijación de los dientes.¹⁸

Estos progresos de carácter técnico permitieron desarrollar prótesis a un precio que resultase aceptable a la población en general. Las mejores prótesis se presentaban en dos tipos de color, mientras que para las superficies labiales se utilizaba un caucho claro. En ocasiones, lo que ocurría era que la zona labial se rellenaba de material oscuro procedente de la zona lingual.¹⁸

El uso de la prótesis de caucho continuó hasta el año 1948. El metacrilato desarrollado en el año 1935 por el fabricante de plexiglas Rohm & Haas, fue introducido en el mercado dental por Kulzer en el año 1936, en la ciudad de Darmstadt, con el nombre de Paladín. Este material polimerizable al calor, se reservó fundamentalmente para las fuerzas armadas, era de naturaleza granulosa gruesa, no fluido, y producía elevación de la mandíbula y un estallido de los dientes de porcelana a la presión.¹³



Los primeros fundamentos para el desarrollo del concepto general de la prótesis total fueron aportados en 1904 por Gysi. Hildebrandt y Spreng difundieron los que de aquellos se derivan.¹³

Desde el tiempo inmemorial se han usado los dientes postizos, cuya confección ha variado muchísimo hasta llegar a evolucionar casi a la perfección en los tiempos actuales. Los japoneses tallaban dentaduras en madera (ébano posiblemente) ajustándolas con toda paciencia en la boca dando forma aproximada de los dientes incisivos y los dientes posteriores los substituirán con tachuelas de metal; más adelante en el siglo I de nuestra Era, según ciertos escritos de los romanos, se supone que ya se usaban dientes postizos de marfil y de oro.¹³

Transcurren muchos siglos sin que tengamos datos precisos del adelanto Odontológico, precisamente por la falta de medios para difundir los estudios e investigaciones; en aquel entonces tanto joyeros como boticarios y médicos, por afición se dedicaban a construir dentaduras talladas todas de una pieza y a mano (de marfil), simplemente para cubrir la mala apariencia, pero ya suponemos que enormes molestias producían en la boca y sobre todo muy contadas deben haber sido las personas que masticaran con estas burdas prótesis.¹⁸

Cuéntese que Jorge Washington, primer presidente de los E.U.A., al tener que presentarse al congreso por primera vez, fue sugerido por sus amigos a que se mandara hacer unos dientes postizos por no tener uno solo natural; entonces recurrió al más connotado dentista de la época y le fueron confeccionadas dos dentaduras (sup. e inf.) con bases de plomo y dientes de camero talladas y unidas a las bases por ligaduras; en esta forma ya pudo con más confianza presentarse ante los representantes del pueblo; ya nos imaginamos que gran voluntad necesitó para poderlos soportar en la boca.¹³



Propiamente no había persona que se dedicará exclusivamente a la odontología, hasta que llegamos al año de 1728 que señala la fecha del nacimiento de la Odontología y en particular de la PROTESIS; un dentista francés PIERRE FOUCHARD escribe en sus obras dentales "LE CHIRURGIEN DENTISTE" recopilando en ellos sus investigaciones de varios años, demostrando en sus obras que los conocimientos que requiere un dentista son tan extensos que merece ser considerado como profesional independiente de la medicina y demostrando también que la odontología podía ser considerada a tener vida propia entre las ciencias y artes, es por todo esto que consideramos a PIERRE FOUCHARD como "PADRE DE LA ODONTOLOGIA".¹⁰

En cuanto a sus trabajos de prótesis dentales se le debe el progreso lento pero seguro, por haber sido p. Fouchard el primero en resolver y atreverse a mejorar las dentaduras de marfil que hasta entonces se conocían y usaron durante varios siglos. Uno de sus atrevimientos fue el hacer una prótesis completa, tanto dientes como base de ajuste a la encía todo de porcelana para lo cual se asoció a un joven joyero porcelanista siendo Pierre Fouchard el primero en usarlos. Fue progresando lentamente la prótesis dental, transcurrió poco más de un siglo y en la segunda mitad del siglo XVIII los dentistas franceses evolucionaron en las dentaduras, usando dientes naturales (humanos) que en tiempos de paz los rapaces sepulteros proveían a los dentistas a precios elevados; pero al transcurrir del tiempo vinieron las guerras napoleónicas y los dientes humanos eran abundantes y a bajo precio, nuevamente vino la paz y las autoridades combatieron y prohibieron el robo de dientes a los sepulteros; como ya había bastante presunción para no andar con la boca sin dientes, entonces la gente joven vendía al mejor postor sus dientes naturales, el precio fluctuaba según la belleza y estado de los mismos; no así sucedía con la gente mayor de 40 años por estar sus dientes ya gastados y amarillentos, en cambio los dientes demasiado jóvenes resultaban muy débiles y frágiles; los dientes mejor pagados eran de gente entre los 18 y 40 años.¹³



Los dientes naturales se fijaban a un block de marfil el cual era previamente ajustado poco a poco a las encías, trabajo que por supuesto tardaba meses; otros fijaban los dientes por medio de ligaduras de plata, otros con base de plomo, etc.¹⁰

Aún habiendo transcurrido muchos años y habiendo solucionado en parte la estética de la boca, se presentaba un grave problema EL COMO SOSTENER EN SU SITIO LA DENTADURA SUPERIOR; también a Pierre Fouchard se le atribuye el invento de dos resortes colocados en la parte posterior de las dentaduras a modo de repeler las dentaduras contra las encías, con lo cual ya se pensó en mejorar las dentaduras para la masticación, hasta entonces se habían confeccionado en un solo block tanto superior como inferior solamente para llenar el hueco entre los labios; éstas prótesis eran talladas a mano y en marfil, ajustándolas poco a poco en la boca.¹⁰

Durante el siglo pasado se hacían las prótesis casi todas con el paladar natural del caucho (negro), lo mismo las prótesis inferiores en su parte lingual y sosteniendo los dientes de porcelana y en la parte anterior o sea la que enseña al hablar y al sonreír, colocaban planchas de porcelana imitando el color de la encía pero siempre se notaban las uniones; ya para fines del siglo XIX (1890) un industrial norteamericano, logró fabricar cauchos-dentales rosados de distintos colores y resistentes, pero aún el rosado que se usaba en el frente de la prótesis no era satisfactorio y pocos años después, 1905, CLAUDIO ASH fabricó el caucho GRANULADO ROSA el que poco más se asemejó a las encías. Así propiamente el caucho dominó durante un siglo hasta 1924 que principió nueva época para la prótesis dental, dándose a conocer las primeras RESINAS SINTETICAS, como por ejemplo: ITECO, DENSENE, etc., en E.U.A., pero por su extremada difícil ejecución tuvieron poco éxito, también por su extremada fragilidad, pero en cuanto a su gran parecido al color de las encías, resultaban casi perfectas.¹³



En estos mismos años 1930 a 1936 casi dominó totalmente el uso de materiales CELULOSICOS; HECOLITH (alemán) y PARFAIT (francés), cuyo material básico era el CELULOIDE; su apariencia era magnífica, su resistencia inmejorable, pero la técnica para la hechura de dentaduras, era muy expuesta por ocasionar con frecuencia rotura de moldes y dientes de porcelana, por la excesiva presión que se tenía que ejercer para su prensado, y también por su gran dificultad para ser reparadas o reproducidas.¹³

Al transcurrir el tiempo fue mejorando la prótesis de dentaduras insistiendo las resinas en su perfeccionamiento, hasta que se lanzó al mercado una nueva resina CRILICA, mejorada, DENSENE (1933), que según el que escribe tuvo magnífica aceptación por su sencilla técnica y también el que escribe tuvo oportunidad de ver los resultados prácticos en la boca de su padre (señor Pedro Sánchez C. Legaspi), precisamente fue ejecutada por el propio representante de la fábrica, Dr. Hurlong Jr. En su primera demostración práctica hecha en la ciudad de México (1933).¹⁰

Ya desde entonces empezó a perder terreno el caucho casi en su totalidad. No obstante todo lo anterior, el autor no deja de reconocer las ventajas que ofrece el caucho como por ejemplo su durabilidad y buen ajuste en la boca.¹³



Capítulo 2 EXPLORACION CLINICA DEL PACIENTE

En la exploración clínica del paciente deberán observarse cuatro factores básicos:

2.1 Factores biológicos locales

Estos incluyen la salud de las articulaciones temporomandibulares, el tamaño y tono de la musculatura, la cantidad y calidad de la saliva, tono de los tejidos y características de las estructuras de soporte, todo lo cual alcanza a estar relacionado con la salud general del paciente.¹⁵

2.2 Factores físicos locales

Estos incluyen tamaño, forma, espacio y relaciones entre los rebordes, así como la naturaleza de las inserciones resistentes y su proximidad con los mismos rebordes.¹⁵

2.3 Salud general

Los pacientes diabéticos, debilitados y de edad avanzada, con artritis, anemia, tuberculosis, afecciones renales, discrasias sanguíneas o trastornos neuromusculares, así como los que tienen problemas menopáusicos y postmenopáusicos mal atendidos suelen designarse individuos en estado de mala salud.¹⁵



2.4 Actitud mental y capacidad de adaptación

Algunos estudios muestran que la aptitud mental del paciente y sus expectativas influyen mucho en el resultado del tratamiento. Los problemas con las dentaduras completas pueden ser el resultado de un mal entendido entre el dentista y el paciente.¹⁵

En un estudio, los pacientes informaron que después de la selección, la característica más importante del dentista en su disposición para analizar los problemas dentales del paciente. Con el objeto de abrir una canal de comunicación con el paciente, el dentista debe ser capaz de evaluar la "actitud global del paciente hacia la prótesis". Esto no significa que el dentista deba intentar psicoanalizar a los pacientes de los cuales se sospeche alguna alteración psicológica. Estos pacientes deben ser referidos a una clínica psicológica o psiquiátrica para un diagnóstico y tratamiento adecuados. Sin embargo, el dentista debe ser capaz de identificar las respuestas negativas y positivas que puedan influir en el resultado del tratamiento.¹⁵

El paciente promedio tendrá unos cuantos factores negativos con una cantidad importante de características positivas. Este paciente tendrá una cantidad mínima de problemas para ajustarse a la prótesis nueva. Sin embargo, otros pacientes tienen abundantes factores negativos, los cuales, si no se modifican por medio de una comunicación efectiva dentista-paciente, provocan problemas con el uso de la prótesis a pesar del excelente trabajo técnico.¹⁵

2.5 Factores que producen una buena adaptación a las dentaduras totales.

- 1.- La aceptación del dentista y confianza en él.
- 2.- Experiencias previas favorables con personas de mayor jerarquía.
- 3.- La capacidad de enfrentar favorablemente el cambio. La actitud positiva aumenta esta capacidad.



- 4.- Condiciones físicas favorables: la juventud y una salud general buena son factores que producen una buena adaptación para las dentaduras completas.
- 5.- Expectativas realistas por parte del paciente.
- 6.- Buena capacidad de aprendizaje
- 7.- El deseo del paciente de agradar al médico. Ambas partes, médico y paciente, deben aceptar que hay varios grados de éxito y por lo tanto enfrentar la posibilidad de obtener un resultado menor al ideal esperado.
- 8.- El paciente debe aceptar que sus limitaciones influyen en el grado de adaptación a las dentaduras completas.
- 9.- La buena coordinación física por parte del paciente.
- 10.- La relación terapéutica del paciente con el médico es un factor muy importante para conseguir una adaptación favorable. Se le debe anticipar al paciente la función activa que tendrá que desempeñar en el esfuerzo conjunto para el éxito del tratamiento.³

2.6 Factores que producen una mala adaptación a las dentaduras totales

- 1.- Falta de confianza en el dentista.
- 2.- Mala comunicación entre el dentista y el paciente
- 3.- Experiencias negativas previas con otros dentistas, con personas de mayor jerarquía, o con los propios padres transferidos al dentista.
- 4.- Expectativas irreales del paciente con respecto a la dentadura artificial.
- 5.- Rechazo al cambio originado por una ansiedad por parte del paciente.
- 6.- Poca tolerancia a la ansiedad y el dolor.
- 7.- Un alto nivel de ansiedad por parte del paciente
- 8.- Tolerancia inadecuada del tejido
- 9.- Incoordinación muscular
- 10.- Insatisfacción crónica.



- 11.- El deseo de no tener éxito. El paciente quiere llamar la atención y necesita una relación continua con el médico. Es por ello que piensa que ésta es la única manera de lograrlo ya que no puede conseguirlo de otra manera
- 12.- Rechazo de las dentaduras o del individuo con dentaduras por parte de personas importante para el paciente.¹⁵

2.7 historia clínica

El promedio de los pacientes con dentadura completas tienen una historia clínica más compleja que antes. El aumento en la expectativa de vida da como resultado más pacientes ambulatorios con problemas graves de salud. Es probable que estos pacientes estén utilizando muchos medicamentos que ocasionan efectos secundarios perjudiciales en la mucosa oral. En la actualidad, es más probable que los pacientes presenten demandas medico-legales. Por consiguiente, la historia clínica es una parte importante en el diagnóstico y plan de tratamiento del paciente.¹⁵

2.8 La historia clínica completa debe incluir:

- 1.- El nombre del médico, del paciente la fecha y motivo de la última cita
- 2.- Un registro del estado de los principales sistemas del cuerpo
- 3.- Un registro de todos los medicamentos que el paciente se administre en la actualidad así como cualquier cambio en este régimen en los últimos seis meses.
- 4.- Un registro de cualquier hospitalización
- 5.- Un registro de cualquier complicación que haya sido resultado de un tratamiento dental previo
- 6.- Un registro de la opinión del paciente acerca de su salud en general
- 7.- Un espacio para actualizar la historia clínica cuando el paciente regrese a consulta



Existen técnicas básicas para obtener esta información: interrogatorio directo por parte del dentista, un cuestionario entendible o una combinación de ambas. La técnica del interrogatorio directo ofrece más opciones al dentista. Las preguntas pueden ser breves y generales o pueden ser minuciosas a base de datos que el dentista considere importantes. Este tipo de historia clínica con frecuencia es guiada por el tono de las respuestas del paciente y puede ser muy reveladora.¹⁵

Se deben de valorar con detenimiento los medicamentos que utiliza el paciente. Con frecuencia los pacientes no saben los nombres de las medicinas que toman ni el porqué las están tomando. El dentista debe pedirle al paciente una lista de todos los medicamentos o llamar a la farmacia que surte al paciente si es que tiene alguna duda. El dentista debe comunicarse con el médico del paciente si es que este no ha tomado sus medicamentos en forma adecuada. Una vez que se tenga una lista completa de medicamentos, es responsabilidad del dentista analizarlos, en especial los que se han desconocidos para él. La lista de medicamentos se utiliza para comprobar la historia clínica del paciente, ya que los problemas graves de salud casi siempre requieren de medicamentos específicos. Por ejemplo, se requiere una investigación más afondo si el paciente niega tener problemas cardiacos pero toma un vasodilatador coronario o un medicamento contra el ardor.⁷

El dentista debe tomar en cuenta los posibles efectos secundarios de los medicamentos, ya que afectan el resultado del tratamiento. La xerostomía es un efecto secundario común de los medicamentos antihipertensivos y antidepressivos. Estos medicamentos pueden ocasionar problemas entre la retención de las placas totales y aumentar el dolor debido a la ausencia de lubricación protectora. Los diuréticos pueden ocasionar cambios significativos en los líquidos de los tejidos, lo cual a su vez afecta la retención y estabilidad de las dentaduras completas. Los medicamentos psicotrópicos ocasionan movimientos faciales o de lengua involuntarios.⁷



La opinión del paciente sobre su estado de salud general permite valorar su actitud mental. Algunos pacientes con problemas graves de salud son felices, sociables y optimistas ante la vida. Esta es una respuesta de adaptación positiva que indica que el paciente podrá aceptar una dentadura completa nueva con un mínimo de molestias. Un enfermo depresivo crónico que siente que la salud se aleja de él, no estará dispuesto adaptarse a una dentadura nueva.²

La actualización de la historia clínica es muy importante cuando se está tratando con pacientes con dentadura completa. Ya que los medicamentos nuevos, los cambios en el tratamiento y la cirugía son comunes en los pacientes ancianos e influyen mucho en el tratamiento dental. Se les debe de preguntar a los pacientes en cada cita sobre su estado general de salud y anotar esta información en el expediente.⁷

2.9 Exploración física

La exploración física se debe hacer en una secuencia lógica y ordenada para que no se omita nada. Una lista puede ser de utilidad. La siguiente es una lista completa de datos diagnósticos que deben tomarse en cuenta. Puede ser modificada por el dentista de acuerdo a sus necesidades. También permite al dentista dictar sus hallazgos a su asistente mientras él continúa con la auscultación. Con esto los pacientes se darán cuenta que el dentista solo valora la boca edentada y la necesidad de una prótesis, sino al paciente como un todo.⁷

2.10 Exploración extraoral

Primero se deben examinar las regiones de la cabeza y cuello del paciente para valorar si existe cualquier condición patológica relacionada a una condición sistémica o no dental. Se debe observar si hay nódulos, nevos o ulceraciones. En el caso de encontrarlas, se debe preguntar a los pacientes si se han dado cuenta de ello y si es así, durante cuanto tiempo las han tenido. También deben observar el color y tono del rostro, la textura del



cabello, claridad de los ojos, simetría y actividad neuromuscular. Se debe palpar la cara y cuello para buscar masas o nodos agrandados.¹

2.11 Examen facial

La forma facial y el perfil pueden ser útiles en la selección de los dientes. Aunque nunca sea demostrado una relación directa entre ellos, debe haber armonía entre el tamaño de la cara, la forma y tono, con los dientes artificiales que se seleccionen. El perfil del paciente no sólo se valora para ver si es chato o curvo y poder con ello colocar los dientes en forma adecuada, sino también puede ser útil como el primer indicio de la clasificación mandibular.¹

La altura de la oclusión vertical en el rostro del paciente puede verse fácilmente de perfil y así valorar si la dimensión vertical oclusal de una dentadura está abierta, cerrada o dentro de límites normales. Una dimensión vertical cerrada hace que el rostro del paciente se vea flácido con arrugas excesivas alrededor de la boca. Si la dimensión está sobre cerrada puede observarse una relación prognática falsa. Una dimensión vertical abierta puede enmascarar la verdadera relación de los maxilares, así como provocar que los tejidos se vean forzados o tensos.¹

También se debe observar el color del cabello, los ojos y la piel, ya que estos factores, junto con la edad del paciente, son importantes para determinar el color de los dientes. Hay pocas pruebas científicas que apoyan el uso de un tono especial para cierto color de cabello y de ojos, aun así el dentista debe tratar de conseguir una relación armoniosa.⁷

2.12 Exploración de los labios

Los labios deben examinarse para ver si existen grietas, fisuras en las esquinas o ulceración. Estos cambios pueden ser causados por una deficiencia de vitamina B, infección por microorganismos como la *Cándida albicans*, una sobremordida excesiva de la dentadura



actual o por el inicio de una neoplasia. La causa de esta situación se debe determinar antes de proceder a la elaboración de la dentadura.⁷

Después de examinar el soporte, plenitud, espesor y longitud de los labios. La falta de un soporte adecuado en los labios puede producir una apariencia arrugada y de flacidez. El dentista debe ser realista al valorar las arrugas del paciente. Las dentaduras nuevas no corrigen las arrugas causadas por la edad y salud del paciente.⁷

Un estudio de la formación de los labios revela grandes variaciones en contorno y longitud. Por ejemplo, con labios delgados la desviación más leve de los dientes en sentido anteroposterior afecta la expresión facial. Suelen encontrarse labios tensos en individuos muy nerviosos, en orificios de construcción natural, en presencia de tejido cicatrizal alrededor de los labios y en casos de atrofia de los labios debido al envejecimiento. En estos pacientes, los dientes anteroinferiores deberán ser colocados más cerca de la zona vertical con sus extremos cervicales próximos a la cresta del reborde alveolar. Debemos proceder con cuidado para evitar un borde anterior exagerado en cuanto a su altura y anchura en el maxilar superior, lo que causa un volumen innecesario a lo largo del ala de la nariz con la molestia propia y un trastorno del resultado estético.¹⁵

2.13 Exploración intraoral

La mucosa oral debe inspeccionarse antes de hacer un examen específico del área que va a servir de apoyo a la dentadura y de las estructuras contiguas. El dentista debe buscar lesiones anormales o patológicas. Se debe examinar muy bien la superficie interna de los carrillos y labios, el proceso residual, piso de la boca, paladar duro y blando y lengua. La lengua se jala hacia fuera para revisar sus bordes laterales y para observar los pilares amigdalinos anteriores y posteriores. Esto se puede hacer con una gasa de 2 x 2 cm colocada alrededor de la punta de la lengua para poder jalarla hacia delante con firmeza. Este procedimiento es muy importante debido a la incidencia de lesiones malignas en esta región.⁷



También debe examinarse tanto la orofaringe como la nasofaringe. La lista de las condiciones patológicas que se podrían presentar en esta zona extensa.

Por ello, el dentista debe aprovechar la oportunidad que tiene de examinar estos tejidos con más detenimiento que otros profesionales, para omitir el diagnóstico de cualquier condición patológica.⁷

2.14 Color de la mucosa

El color de la mucosa varía desde un rosado saludable hasta un rojo intenso. El eritema indica edema de diferente intensidad. Esto puede estar causado por una dentadura mal ajustada, una infección subyacente, un desorden sistémico como la diabetes o por tabaquismo. Es importante determinar la causa para poder eliminar el irritante, ya que no es posible hacer bien la impresión dental hasta que la inflamación haya disminuido. Otros cambios de color que deben examinarse son los causados por lesiones o manchas pigmentadas; estas varían desde un tono café claro hasta el café oscuro.⁷

También se deben observar las manchas blancas, las cuales por frecuencia son áreas queratinizadas causadas por la irritación de la dentadura. Los dentistas deben tomar una biopsia de los tejidos de los cuales se sospeche una lesión maligna para evitarla, para sus análisis, a un patólogo bucal. El paciente puede ser referido a un cirujano bucal para que lleve a cabo este procedimiento. Muchas lesiones que presentan algún color de la mucosa oral son potencialmente peligrosas y no se puede hacer el diagnóstico sólo con exploración física.⁷

2.15 Saliva

La cantidad y consistencia de la saliva afectan tanto en la elaboración de la dentadura como en la calidad del producto final. Si la boca está seca afectará la retención de la



dentadura. Además una boca seca aumenta la posibilidad de que se hagan ulceraciones. El exceso de saliva complica la elaboración de la dentadura, en especial al hacer la impresión dental.

Cuando se colocan las dentaduras nuevas por primera vez, es común que el paciente experimente un aumento temporal en el flujo de saliva.⁷

Está es una respuesta natural a un objeto extraño la cual disminuye con el tiempo. La consistencia de la saliva varía desde una consistencia delgada y serosa hasta una gruesa y viscosa. Es más fácil trabajar con la saliva serosa, la cual por fortuna es la más frecuente. Una saliva gruesa dificulta el uso de las dentaduras.⁷

El dentista también debe examinar todos los orificios de los conductos de las glándulas salivales para comprobar que estén abiertos y que sea evidente un buen flujo de saliva.⁷

2.16 Tamaño del arco

El tamaño del maxilar y la mandíbula determinan el tamaño del asiento basal disponible para la dentadura. Mientras más grande sea el tamaño, mayor será el soporte, mientras más amplia sea la superficie de contacto, mayor será la retención. Se debe observar cualquier discrepancia en el tamaño del maxilar y la mandíbula. Si existe, el dentista puede anticipar que habrá un problema con la estabilidad del arco de menor tamaño. Esta condición se origina por un problema en el crecimiento, un trauma, pérdida temprana de los dientes en uno de los arcos con aumento resultante en la resorción o por una maloclusión severa de clase II o clase III. Los dientes artificiales se colocan en una relación natural o en una proporción que proporciona una ventaja mecánica a los soportes del diente. Esto provoca una relación deficiente de los dientes de un arco hacia el otro.⁷



2.17 Forma de arco

El arco puede ser cuadrado, ovoide o estrecho y los arcos opuestos no necesariamente tienen la misma forma. La forma del borde residual influye en el soporte de la dentadura y tal vez, en la selección de los dientes. Si la forma del arco no es igual en ambos arcos, se puede anticipar que habrá dificultad al colocar los dientes.⁷

2.18 Contorno del borde

El contorno del borde varía mucho. Lo ideal es un borde alto con una cresta plana con lados paralelos o casi paralelos. Este tipo de borde da un máximo soporte y estabilidad. Con el tiempo al reabsorberse el borde se puede aplanar, y tomar una forma de V o en filo de cuchillo o con espículas óseas múltiples, tienen el peor pronóstico ya que son incapaces de resistir mucha fuerza oclusal por lo que presentan con facilidad ulceraciones.

La mejor manera de identificar un borde con forma de filo de cuchillo o la existencia de espículas óseas que no son evidentes visualmente, es por medio de una palpación cuidadosa.⁷

Se debe observar bien al paciente para detectar cualquier signo de dolor provocado por la palpación. Para poder realizar la impresión dental con este tipo de borde se debe proporcionar analgésicos. El proceso plano también tiene un mal pronóstico debido a que la falta de altura vertical da muy poca resistencia al movimiento horizontal.⁷

2.19 Relación del borde

Se deben observar los bordes maxilar y mandibular en la dimensión vertical de oclusión adecuada. Primero se debe observar la distancia intercrestal.



Un espacio excesivo causado por la resorción dará poca estabilidad y retención debido al aumento del efecto de palanca. Una distancia intercrestal pequeña dificulta la colocación de los dientes y el mantenimiento de un espacio libre adecuado. Sin embargo esta condición aumenta mucho la estabilidad de las dentaduras ya que las superficies oclusales de los dientes están cerca del borde por lo que se reduce al mínimo el efecto de palanca, la inclinación y las fuerzas linguales.⁷

Los bordes que no son paralelos entre si, permiten que se muevan las bases cuando los dientes están en oclusión debido a una desfavorable dirección de las fuerzas. También se deben examinar los bordes en sus relaciones anteroposteriores y laterales. Al reabsorberse el maxilar, la cresta del borde se mueve hacia abajo, hacia delante y lateralmente ya que es más ancha en su borde inferior que en su borde oclusal. Esta condición puede ser más comprometedor en una mandíbula prògnata. Con esto se acentúa la importancia de la colocación adecuada del diente para mantener la estética y reducir al mínimo el indeseable efecto de palanca.⁷

2.20 Tejido excesivo

El maxilar y la mandíbula se deben examinar en busca de tejido abundante. Una cantidad excesiva de tejido flácido ocasiona que la base de la dentadura oscile y se mueva al aplicar una fuerza ya que la misma base de la dentadura también oscila y se mueve. En la cita de diagnóstico se debe decidir si la extirpación quirúrgica del tejido móvil mejorará esta condición.¹

En ocasiones existen tuberosidades del maxilar excesivamente grandes. Con frecuencia, este es el resultado de un síndrome combinado. Una dentadura superior antigua es antagonista a una dentadura parcial de extensión distal bilateral la cual se apoya en dientes anteriores mandibulares naturales.¹⁵



La fuerza de los dientes mandibulares sobre el maxilar ocasiona una resorción excesiva del segmento anterior del maxilar y los dientes mandibulares sobresalen. El tejido de esta región se hace hiperplásico y se puede formar un épulis figurado en el pliegue anterior del maxilar. Hay una resorción concurrente del hueso que está debajo de la base de la dentadura total mandibular. El plano oclusal disminuye en la parte posterior y aumenta en la parte anterior. Con frecuencia se presenta una hiperplasia papilar en el paladar. Conforme se pierde altura en el hueso en el borde en su parte anterior, el borde posterior se hace más grande por el crecimiento de tuberosidades agrandadas, las cuales se forman de tejido fibroso. Cuando ocurre este síndrome, es necesario un tratamiento de preparación antes de que se pueda elaborar la dentadura nueva. Primero se debe tratar el tejido para que disminuya el edema.¹⁵

Si esto no se logra se tendrá que corregir quirúrgicamente el épulis figurado, la hiperplasia papilar, el borde anterior flácido y tuberosidades agrandadas, para poder hacer las impresiones dentales.¹⁵

2.21 Paladar duro

Se debe examinar el paladar duro para valorar su forma. La bóveda palatina en forma de U es la que más favorece la retención y estabilidad lateral. Una bóveda en forma de V es menos favorable para la retención, ya que el más leve movimiento de la base de la dentadura hará que se rompa el sellado palatino con la consiguiente pérdida de la retención. La bóveda palatina plana también es desfavorable, por que casi siempre se acompaña de procesos reabsorbidos y aunque la retención es satisfactoria en dirección descendente, cualquier fuerza lateral o giratoria da por resultado una deficiencia resistente y pérdida de la retención.¹⁵



2.22 Paladar blando

Existen tres categorías de la configuración del paladar blando, las cuales se basan en el grado de flexión del paladar blando, con el paladar duro y en la amplitud de la zona del sellado palatino. El paladar blando de clase I es horizontal y tiene poco movimiento muscular. Esta es la condición más favorable por que permite mayor cobertura de tejido para el sellado palatino. El paladar blando de clase II se curva hacia abajo en un ángulo de 45° en relación al paladar duro y tiene un área de cobertura tisular para el sellado palatino menor que en la clase I. El paladar blando de clase III se curva mucho hacia abajo en un ángulo de cerca de 70° en la parte posterior del paladar duro. Ya que está es la relación más aguda del paladar blando con respecto al paladar duro (la musculatura debe hacer una mayor elevación para efectuar el cierre velofaríngeo), el espacio disponible para cobertura del sellado palatino posterior es mínimo. Por consiguiente, esta es la forma del paladar blando menos favorable.¹⁵

Una bóveda palatina en forma de V, normalmente se asocia con un paladar blando de clase III. En dichos casos, la colocación del sellado y su profundidad, son muy importantes para obtener la máxima retención. Afortunadamente, una bóveda palatina plana normalmente se asocia con un paladar blando de clase I o clase II, lo cual le permite al dentista obtener un mejor sellado posterior para compensar la deficiencia de la forma palatina. El extremo posterior de la dentadura y la colocación del sellado palatino posterior se presentan más adelante en el tratamiento, pero aún así se deben evaluar desde el diagnóstico, ya que afectan el pronóstico de la dentadura.¹⁵

2.23 Socavados óseos

Con frecuencia hay socavados óseos en los bordes maxilares y mandibulares. En el maxilar, los socavados se presentan con mayor frecuencia en el borde anterior y un lado de las tuberosidades.



Normalmente esto no ocasiona problemas en la inserción de la dentadura. Siempre deben intentarse otros métodos terapéuticos para corregir la dentadura antes de llegar a la reducción quirúrgica. Los socavados no permiten la retención y causan cierta pérdida en el sellado marginal. El borde alveolar se resorbe con suficiente rapidez sin cirugía.¹⁵

En ocasiones existe un gran socavado óseo anterior así como socavados laterales tuberosos. Una vez más, probablemente es más sensato corregir con medidas terapéuticas la dentadura en la parte lateral a la tuberosidad, que corregir quirúrgicamente el socavado. Si los socavados son extensos y han fallado los anteriores intentos para corregir la dentadura, se tendrá que pensar en la cirugía. En el proceso mandibular, el único socavado que puede ser un verdadero problema es un borde milohioideo prominente y agudo. En este caso, la reducción quirúrgica y la recolocación del músculo milohioideo pueden ser resultados benéficos.⁷

2.24 Torus

En el maxilar, el torus puede variar desde una pequeña prominencia en la línea media hasta uno que cubra todo el paladar duro. La remoción quirúrgica está contraindicada a menos que el torus sea tan grande que impida la elaboración de la dentadura. Sin embargo, el dentista debe estar consciente de que el torus tiene una cubierta mucosa muy delgada que puede presionarse fácilmente tanto al momento de hacer la impresión total, como al colocar la dentadura nueva.⁷

Por ello se debe planear un tratamiento adecuado para poder hacer la impresión y colocar la dentadura. La resorción del reborde residual puede ocasionar que la dentadura se apoye sobre un torus palatino, lo cual hace que la prótesis oscile y que haya ulceraciones. El toro lingual interfiere con una buena elaboración de la dentadura y, a menos que sean muy pequeños, se tienen que eliminar quirúrgicamente.⁷



2.25 Inserciones musculares y frenillos

Se debe observar la posición favorable o desfavorable de las inserciones musculares y frenillos en relación con la cresta del reborde. En raras ocasiones existe una inserción que está cerca de la cresta del borde como para necesitar una corrección quirúrgica y asegurar el sellado marginal. Las inserciones que se corrigen quirúrgicamente con mayor frecuencia son los frenillos maxilar labial y lingual mandibular. Es muy raro que el frenillo maxilar bucal este tan cerca de la cresta del borde que afecte al sellado marginal.⁷

2.26 Lengua

Se debe observar el tamaño de la lengua. La lengua pierde tono muscular y fortalece si el paciente estuvo sin dientes o prótesis durante mucho tiempo o usó una dentadura maxilar apoyada solamente en los dientes anteriores. Esto trae problemas al momento de tomar la impresión dental y contribuye a la inestabilidad de la dentadura. Una lengua voluminosa también puede tener falta de espacio por la base de la dentadura. Morder la lengua como un hábito también se puede presentar, lo cual es una condición muy difícil de corregir, una lengua pequeña puede facilitar la toma de la impresión dental pero arriesga el sellado lingual.⁷

El movimiento de la lengua y la coordinación muscular son importantes por varias razones: los movimientos propios de la lengua son necesarios en la toma de impresión dental para poder hacer el molde marginal, también son esenciales para estabilizar las dentaduras en la boca durante las actividades fisiológicas normales como el habla, la masticación y la deglución. La posición de la lengua es importante en el pronóstico de la dentadura mandibular.⁷

Si se intenta extender el reborde para obtener un sellado marginal, se provoca una sobre extensión durante los movimientos de la lengua, lo cual desaloja la dentadura.⁷



2.27 Piso de boca

El piso de la boca presenta una amplia variación en su anatomía y relación funcional con el borde del proceso alveolar. Si el piso de la boca está cerca de la cresta del borde en la posición de reposo o la magnitud del movimiento es mayor, la estabilidad y retención de la dentadura serán deficientes. Las áreas de la glándula sublingual y milohioidea en el piso de la boca pueden ser muy altas y cercanas al borde alveolar por lo que en ocasiones se salen del borde y eliminan el surco alveololingual.⁷

Si estos tejidos no se colocan con medidas terapéuticas en su lugar por medio de reborde de la dentadura, el pronóstico de la dentadura inferior es malo. Del mismo modo, el espacio retromilohioideo (forma la porción de la garganta) puede ser un espacio a utilizar pero que es obliterado total o parcialmente por el movimiento de la lengua. El buen resultado de una dentadura depende mucho de la calidad de este espacio que se pueda utilizar ya que esta zona es muy importante para el sellado lingual y estabilidad lateral.⁷

2.28 Examen radiológico

El examen radiológico es una parte esencial del diagnóstico y plan de tratamiento en todos los pacientes dentales. El paciente edentado no es la excepción a esta regla. Aunque es aceptable el reconocimiento periapical de los maxilares edentados las radiografías panorámicas son más rápidas, disminuyen la exposición del paciente a la radiación y muestran todo el maxilar y la mandíbula. La ventaja es obvia cuando se hace el estudio radiológico de los maxilares edentados a causa de una enfermedad o para determinar la cantidad de resorción en el borde alveolar. Con frecuencia se objeta la necesidad de cualquier examen radiológico en el paciente con dentadura completa, ya que no hay dientes y si se expone al paciente a la radiación.



Estudios recientes muestran que el examen panorámico de los pacientes edentados proporciona hallazgos positivos en aproximadamente el 34-37 por ciento de las veces. Esto ciertamente justifica la pequeña cantidad de radiación necesaria para obtener esta valiosa información.⁷

1.- Exposición de los maxilares para obtener defectos en la estructura y la formación reactiva de hueso nuevo, aumento óseo y desplazamiento de las partes del maxilar. La exposición también debe incluir cualquier diente no erupcionado o fragmentos de raíces que quedaron retenidas, cuerpos extraños, radiolucencias, radiopacidades, rarefacción o esclerosis, expansión o abultamiento y cualquier lesión bien o mal definida. Se puede tomar la radiografía de la ATM aunque los hallazgos positivos se deben correlacionar con la historia clínica y el examen físico. Si se encuentran resultados positivos, el dentista debe decidir si el paciente necesita una serie topográfica de la ATM para hacer un diagnóstico definitivo.

A demás, el seno maxilar se debe revisar para descartar la existencia de edema, quistes, pólipos o tumores. La infección o edema se pueden correlacionar con el historial del paciente. Los quistes y tumores casi siempre son asintomáticos por lo que cualquier lesión de la que se sospeche malignidad se debe investigar más con radiografías especializadas, como la técnica de Waters.⁷

2.- Descripción de la apariencia de la lesión, así como cualquier cambio óseo contiguo a la lesión. Esto debe delimitar a los cambios físicos del hueso y debe incluir la localización, tamaño, forma, número y descripción del modelo radiológico.

3.- Correlación de los hallazgos radiográficos con los hallazgos clínicos, del historial y de laboratorio.

4.- Elaboración de un diagnóstico diferencial que incluya todas las enfermedades que puedan explicar los hallazgos.



5.- Calcular el crecimiento de la lesión por la apariencia de las estructuras mandibulares adyacentes. Las lesiones de crecimiento lento muestran esclerosis, expansión y desplazamiento de las estructuras adyacentes. El crecimiento rápido presenta una gran destrucción ósea carente de respuesta proliferativa.⁷

2.29 Examen de la prótesis actual

El examen y evaluación de las prótesis actuales es una valiosa ayuda para tener una idea de la experiencia previa del paciente, su tolerancia protésica y sus conceptos estéticos. Una lista ordenada es útil y asegura la minuciosidad del trabajo. El primer factor a evaluar es la experiencia previa del paciente con su dentadura. ⁷

El tiempo que el paciente permaneció edentado indica si es un paciente con dentadura nueva que requerirá de mayor instrucción, o si es un usuario experimentado. Los años que estuvo edentado se pueden correlacionar con la cantidad de resorción del borde. El resultado permite al dentista calcular la cantidad de pérdida que hubo en el pasado y la que se espera en el futuro.⁷

Se debe notar en el expediente clínico la experiencia del paciente con prótesis anteriores. Existe una importante variación en la tolerancia protésica y los resultados esperados entre el paciente que ha permanecido edentado durante cinco años en los cuales ha tenido cinco dentaduras completas en comparación con otro que ha permanecido edentado también durante cinco años pero que solo ha tenido una dentadura completa. Las expectativas del primer paciente pueden exceder la realidad con lo que disminuye la probabilidad de obtener un buen resultado, a menos que dichas expectativas del primer paciente pueden exceder la realidad con lo que disminuye la probabilidad de obtener un buen resultado, a menos que dichas expectativas se modifiquen por medio de una instrucción efectiva al paciente. También se debe tomar en cuenta la experiencia previa con dentadura parcial, ya que contribuye al total de las experiencias protésicas del paciente.⁷



El siguiente paso es evaluar la prótesis actual, que por lo general es la más reciente, del paciente. Se debe pedir al paciente que cierre los maxilares mientras el dentista los guía a una relación céntrica. El primer contacto oclusal debe ser bilateral y se debe distribuir en forma anteroposterior con uniformidad a una velocidad aceptable. Si esto ocurre antes de tiempo o se desliza, no es aceptable. La dimensión vertical de oclusión también se puede evaluar fonéticamente durante una conversación informal. Posteriormente las dentaduras totales se deben evaluar para ver si cumplen con una cobertura adecuada del asiento basal, para esto se toma la escotadura amular, la línea de vibración y el vestibulo periférico como límites anatómicos para la dentadura superior, y la zona retromolar, área retromilohioidea, la lámina bucal y vestibulo periférico como límites anatómicos para la dentadura inferior. Se debe observar que son pocas las dentaduras totales mandibulares que ocasionan problemas por ser muy grandes. La mayoría de las dentaduras mandibulares que dan problemas están sobre extendidas, especialmente en el área retromilohioidea. Se deben revisar los dientes de la prótesis actual con un instrumento agudo. Una superficie dura y vidriosa indica que se trata de porcelana, mientras que una superficie que se puede raspar indica una resina acrílica.⁷

El chasquido o ruido ocurre con los dientes de porcelana, con una dimensión vertical de oclusión abierta o con ambos. Se debe observar el grado de desgaste o rompimiento; si éstos son de importancia en los dientes posteriores en un periodo muy corto, indica la presencia de bruxismo. Se deben evaluar y observar la retención y estabilidad de las dentaduras totales y correlacionarlo después con el examen de los bordes residuales y con la molestia principal del paciente. Se debe interrogar al paciente acerca de sus hábitos al utilizar sus dentaduras. El paciente que utilizó la dentadura las 24 horas del día requiere una plática sobre el descanso y salud de los tejidos antes de llevar a cabo la toma de la impresión dental, y otra vez al colocar la prótesis nueva. El último punto que se debe verificar es la molestia principal. ¿Por qué llegó el paciente al consultorio? Esto se registra mejor en el expediente clínico del paciente con sus propias palabras. El dentista debe decidir si la molestia es justificada y si el paciente es realista en sus expectativas.⁷



Si las prótesis actuales tienen: 20 años desgastada la oclusión, una dimensión vertical de oclusión cerrada, retención y estabilidad deficientes y la molestia del paciente es algo así como "están flojas", quiere decir que el paciente tiene capacidad de adaptación y su necesidad es real.⁷

Las molestias extensas, vagas, en ocasiones contradictorias y sin justificación al examinar la prótesis actual, señalan un paciente problema con expectativas poco realistas. Este es el mejor momento de correlacionar toda la información y decidir si el paciente puede ser atendido en forma adecuada en el consultorio dental. Si la respuesta es "si", se debe continuar con los demás registros diagnósticos y establecer el plan de tratamiento.

Si la respuesta es "no", se le debe informar al paciente que es mejor poner el tratamiento en manos de un especialista.⁷

2.30 Diagnóstico y plan de tratamiento

El plan de tratamiento para un paciente edentado es simple ya sea que se elabore una dentadura total o no. los procedimientos varían ampliamente. Las decisiones para el tratamiento se basan en la historia clínica, la exploración física, la edad, el estado de salud general y el perfil del paciente.¹⁵

Son tres los objetivos que el prosthodontista persigue al construir y colocar una dentadura completa en la boca edéntula:

- 1.- Rehabilitar la función del sistema estomatognático, alterada en virtud de la ausencia de los dientes naturales en ambos maxilares.



- 2.- Restablecer el equilibrio existente en las tres articulaciones que se localizan en el macizo craneal y el maxilar inferior. Es decir, lograr una armonía entre ambas articulaciones. Temporomandibulares y la oclusión protésica.
- 3.- Procurar la restauración estética y funcional como parte integrante del sistema estomatognático.

Estos tres objetivos se logran con una terapéutica protodóntica orientada y apoyada en un diagnóstico exacto y un plan de tratamiento adecuado. Para establecer una pauta terapéutica con mayor grado de seguridad es necesario conocer los elementos de morfología craneofacial. Estos incluyen una serie de puntos, planos, índices y ángulos craneales y faciales (óseos y tegumentarios), que, tomados como referencia, van a permitir la determinación de una relación vertical mandibular adecuada, programar un esquema oclusal correcto y colocar dientes artificiales estéticos y funcionales.¹⁵

El estudio de los elementos de la morfología craneofacial se conoce como análisis cefalométrico y se fundamenta en un estudio basado en principios de mediciones lineares y angulares de unas estructuras esqueléticas craneodentofaciales proyectadas en una hoja de trazados y anotados en el polígono de Downs (análisis).⁷

La aceptación de este método es posible por que se presupone que el crecimiento craneofacial está guiado por conceptos biomecánicos. Desde esta perspectiva y con la comprensión de los conocimientos que el avance de la ciencia ha aportado a la prostodoncia, se puede concluir que el estudio cefalométrico es un elemento semiológico importante en el diagnóstico y plan de tratamiento.⁷



Capítulo 3

ALTERACIONES MÁS FRECUENTES

Previo al estudio teórico y aplicación de procedimientos técnicos que anteceden a la rehabilitación protésica de la edentación total, es importante considerar los trastornos relacionados con la colocación de dentaduras completas y la frecuencia de lesiones o factores iatrogénicos predisponentes por esta causa.⁷

Las estomatopatías protésicas más comunes en el uso de dentaduras completas son las siguientes:

- a) hiperplasia papilar
- b) Úlceras traumáticas
- c) Hiperplasia marginal
- d) Estomatitis protésica
- e) Quelitis angular
- f) Hiperplasia fibrosa

Las prótesis totales tienen un periodo de eficiencia limitado que está sujeto a los cambios y cuidados de los tejidos de soporte para que estas no se conviertan en factores patógenos. La microcolonización de las bases protésicas, sean éstas de resinas acrílicas termopolimerizables, resinas de fraguado lento o acondicionadores de tejidos, o materiales del tipo siliconas, utilizadas en la práctica prostodóntica es objeto de múltiples investigaciones. Los resultados de estas deben ser considerados en la aplicación de medidas preventivas y curativas para la conservación de la integridad de tejidos de soporte como la mucosa y el reborde residual.⁷



Entre las numerosas afecciones y reacciones en los niveles mucoso y óseo consecutivas a la localización de una prótesis (dentaduras completas) en el anciano, conviene recordar las hiperplasias inflamatorias, las papilomatosis palatinas y varias formas de estomatitis que pueden correlacionar con el uso de prótesis y con la falta de adecuadas medidas de higiene oral.⁹

Otra afección muy común en el anciano, y que se observa con mayor frecuencia en mujeres entre 45 a 60 años de edad, es la glosodinia (80%) que consiste en una sensación de dolor ardiente en el nivel de la lengua o de la mucosa oral, acompañada de disminución o pérdida de la sensibilidad gustativa y asimismo de sequedad mucosa. El dolor aumenta progresivamente durante el transcurso del día; y alcanza su mayor intensidad por la noche; se le considera de origen psíquico, por lo que debe intentarse un tratamiento con antidepresivos.⁹

3.1 Hiperplasia papilar

La hiperplasia papilar o papilomatosis del paladar o palatitis protésica, se presenta de manera exclusiva en el paladar duro y casi siempre tiene que ver con el uso de prótesis removible. Se observa una relación física definitiva con la mucosa cubierta por una base de dentadura removible; esto se nota en una de 10 personas con este tipo de prótesis sobre el paladar duro. La causa precisa de la hiperplasia papilar que se origina en estas condiciones no se comprende en su totalidad, aunque puede relacionarse con dentaduras artificiales que ajustan mal o se mueven, por lo que predisponen o posibilitan el crecimiento de *Candida albicans* por debajo o en la interfase, entre el material de la prótesis y la mucosa. El fenómeno hiperplásico se relaciona con la presencia de hongos en sitios en los que se produce traumatismo crónico de baja intensidad.⁹



Hay datos significativos de que permanecer con la prótesis en la boca durante la noche aumenta el riesgo de estas afecciones, que son más frecuentes en el sexo femenino. Se ha demostrado una íntima correlación entre las alteraciones oclusales y el desgaste de estas superficies, que conlleva aun aumento del espacio libre. La hiperplasia ya era conocida como una lesión premaligna que consiste en una proliferación del epitelio con numerosos papilomas concéntricos.⁷

3.1.1 Como factores etiológicos causales pueden considerarse los siguientes:

- a) Prótesis totales superiores desadaptadas
- b) Su uso durante largos periodos (noche)
- c) Higiene protésica y bucal deficiente
- d) Disminución de la secreción salival
- e) Factores predisponentes locales y generales.

3.1.2 Características clínicas

La bóveda del paladar es la zona que se afecta con mayor frecuencia, pero también puede comprometer el proceso alveolar o el paladar blando. La remoción de la prótesis en el momento de acostarse y una buena higiene bucal junto con tratamiento antimicótico pueden reducir de manera significativa la intensidad de las lesiones. En los casos leves, el uso de sustancias y rebases acondicionadores de tejidos blandos y cambiar la prótesis con frecuencia, puede reducir la lesión lo suficiente para evitar la cirugía. El tratamiento antimicótico tópico también ayuda a reducir la intensidad de la lesión, aunque cuando se utiliza solo no tiene efecto de cura.⁹

3.1.3 Histopatología

En los cortes perpendiculares cruzados la lesión aparece con numerosas frondosidades pequeñas o excrecencias papilares cubiertas por epitelio escamoso estratificado paraqueratótico sano.



El epitelio se apoya en núcleos centrales hiperplásicos de estroma bien vascularizado. Además, se observa hiperplasia del epitelio, que con frecuencia encuentra características pseudoepiteliomatosas de suficiente gravedad como para simular carcinoma de células escamosas. No hay evidencias de displasia en relación con el trastorno ni tendencia a la transformación maligna.⁴

3.1.4 Diagnóstico diferencial.

La gama de posibilidades en el diagnóstico diferencial de hiperplasia papilar del paladar es estrecha, ya que esta entidad en particular, en raras ocasiones se confunde con otras formas de patología. La principal lesión de la que debe diferenciarse es la estomatitis nicótica que afecta el paladar duro. No obstante, ésta no se presenta en el paladar duro de fumadores de pipa que usan prótesis maxilares removibles completas. Además, la estomatitis nicótica tiende a presentar mayor queratinización y, por lo regular, se observa una pequeña mancha o punto en el centro de cada excrecencia nodular que corresponde al orificio del conducto de una glándula salival accesoria subyacente. En raras ocasiones la enfermedad de Darier presenta pápulas múltiples en el paladar. También pueden presentarse papilomas escamosos múltiples sobre el paladar, sin embargo, estas lesiones son más queratinizadas y las excrecencias más delicadas.⁴

La así llamada forma maligna de lesiones bucales de acantosis nigrans, son de naturaleza papilar y tienen regresión relativa a la respuesta del tratamiento del tumor maligno distante principal. Por último, síndrome de Cowden, la mucosa bucal puede mostrar nódulos papilares mucosos múltiples.⁵ Conviene tener presente que esta lesión está asociada con candida albicans y deberá hacerse un frotis con PAS (tinción que se usa para hongos y glicoproteínas) y tratar candidiasis si es que existe.¹⁴



3.1.5 Tratamiento y pronóstico

El tratamiento es la extirpación quirúrgica de la lesión antes de reconstruir la prótesis del paciente. El método quirúrgico depende de las preferencias individuales y puede utilizarse curetaje, críocirugía, mucoabrasión o ablación con láser.⁹

3.2 Úlceras traumáticas

Una úlcera por definición, es la pérdida del epitelio por cualquier causa y, por lo general, el término "erosión" se refiere a un defecto superficial con pérdida de epitelio; sin embargo, para propósitos prácticos ambos términos se utilizan de manera distinta.⁹

En boca, las úlceras pueden tener como precedentes vesículas o bulas de corta duración y en este caso, forman parte del grupo de trastornos que se clasifican como enfermedades vesiculobulosas ulcerativas⁹

Estas lesiones ocasionadas por prótesis y bordes dentarios cortantes son frecuentes en la práctica diaria. Se produce una zona eritematosa, cuyos límites corresponden a los del agente que produce la agresión: después se lesiona y aparece como una ulceración cubierta de fibrina con los bordes enrojecidos y agrandados, muy dolorosa. Está es la úlcera aguda típica producida por una prótesis total recién colocada. Como la sintomatología es aguda y el paciente se encuentra aún en la etapa de adaptación, el problema se resuelve en pocos días con un desgaste o ajuste ligero (alivio) en la prótesis.⁷

Si el alivio es leve y provoca molestias leves, sobre todo en portadores de prótesis antiguas, las úlceras se adaptan bajo la irritación o bien las prótesis se mueven produciendo una irritación caso imperceptible. Entonces la mucosa irritada se observa eritematosa y luego comienza a engrosar, hipertrofiando, al punto de llegar a producirse verdaderas tumoraciones diagnosticadas como fibromas.⁷



Éstas tienen una zona de implantación alargada en el fondo del vestibulo, con una ulceración central o con una leucoqueratósica, áspera y dura, frecuentemente colonizada por candida , coincidiendo con uno o varios pliegues, en uno de los cuales se aloja el borde traumático de las prótesis.⁷

3.2.1 Factores Etiológicos

La lesión intrabucal de los tejidos blandos que se presenta con mayor frecuencia es la úlcera. En la mayor parte de los casos se debe a traumatismo mecánico accidental y si se consideran los antecedentes clínicos la relación causa-efecto es evidente. Se localizan en zonas que se traumatizan con facilidad, como el labio inferior, lengua y mucosa bucal, las prótesis casi siempre dentaduras, se relacionan con frecuencia a las úlceras traumáticas, que pueden ser agudas o crónicas.⁸

3.2.2 Características Clínicas

Las úlceras reactivas agudas de la mucosa bucal presentan los mismos signos y síntomas clínicos de la inflamación aguda, se observan lesiones cubiertas por exudado blanco amarillento y rodeadas por un halo eritematoso, la intensidad del dolor varía y hay sensibilidad al contacto o la presión.⁹

Las úlceras reactivas crónicas son poco dolorosas o bien indoloras, presentan bordes elevados por la hiperqueratosis y las cubre con una membrana amarilla; además se observa induración causada por las cicatrices infiltración inflamatoria crónica. En ocasiones, se observa una úlcera benigna crónica con aspecto de cráter, con origen en lesiones profundas de los tejidos blancos; se conoce como granuloma traumático; esta lesión mide de 1 a 2 cm de diámetro, se localiza en la lengua, pero también puede presentarse en mucosa bucal o labios y tarda varias semanas en curar.¹⁰



Otra úlcera crónica similar, con relación a necrosis isquémica de una glándula salival accesoria, se presenta en el paladar duro y se denomina sialometaplasia necrosante, también sana de modo espontáneo en varias semanas.⁹

3.2.3 Histopatología

En las úlceras agudas se observa pérdida del epitelio superficial, la cual reemplaza una red de fibrina con neutrófilos, células en degeneración y restos celulares; la base de la úlcera presenta capilares dilatados y después tejido de granulación. La regeneración del epitelio se inicia en los bordes de la úlcera, sobre el tejido granular de la base y debajo de la cubierta de fibrina se encuentran células en etapa de proliferación.⁹

Las úlceras reactivas crónicas presentan una base de tejido de granulación con cicatrices profundas; no se produce regeneración del tejido a causa del traumatismo continuo o por factores histicos locales desfavorables, como riego sanguíneo inadecuado. En los granulomas traumáticos, la lesión e inflamación de los tejidos se extienden hasta el músculo esquelético subyacente; el cuadro histológico se caracteriza por abundante infiltración fagocítica y eosinofílica.⁹

3.2.4 Tratamiento

La mayor parte de las úlceras reactivas bucales requiere sólo observación; cuando el dolor es intenso, puede indicarse tratamiento sintomático que consiste en enjuagues de tetraciclina, nistatina, y difenhidramina o corticosteroides tópicos.⁹



3.3 Hiperplasia Marginal

Esta lesión gingival comúnmente conocida como, *fissuratum* o *fissurata*, granulomatosis protésica o fibromas del fondo vestibular, pseudofibroma irritativo, hiperplasia traumática, hiperplasia inflamatoria y mal llamado *épulis* figurado.⁷ Es generalmente asintomática y se asocia a la irritación crónica de bordes periféricos sobreextendidos o desadaptados de una dentadura completa sobre el epitelio del surco vestibular, por resorción del reborde osealveolar.² Estas lesiones se presentan en cualquier parte de la boca, pero la lesión provocada por prótesis es más frecuente en el vestibulo inferior.¹⁷

La hiperplasia marginal es el resultado de la irritación crónica de la aleta mal ajustada de una dentadura sobre el epitelio del fondo de saco. El epitelio de este fondo de saco reacciona a la irritación produciendo tejido hiperplásico de reparación. El tejido prolifera a la zona del surco entre la aleta de la dentadura y la mucosa del vestibulo, interfiriendo con la extensión de los bordes, atrapando residuos de alimento y dando abrigo a los microorganismos.¹⁵

3.3.1 Factores Etiológicos

La lesión alcanza a observarse alrededor de los bordes vestibulares de una prótesis completa inmediata, de transición de uso prolongado. Ello se explica por los cambios rápidos y continuos en el volumen de los tejidos blandos después de las extracciones, junto con la reparación ósea y la resorción de los rebordes alveolares que dan como resultado el asentamiento de la base protésica en los tejidos de soporte. El borde periférico de la dentadura inmediata o en desajuste prolongado ejerce así presión sobre la mucosa del vestibulo y causa su hiperplasia marginal.¹⁷



3.3.2 Características Clínicas

Estas lesiones hiperplásicas son pedunculadas o sésiles, lisas o fisuradas, pueden o no estar ulceradas.¹⁷

3.3.3 Histopatologías

Pueden tener o no elementos inflamatorios agudos. Generalmente existe abundante tejido conectivo con fibra colágenas dispuestas desordenadamente y cantidades variables de elementos inflamatorios crónicos. A veces puede haber calcificaciones u osificación, especialmente cuando la lesión se ubica en la encía y reborde alveolar. A medida que la lesión es más antigua disminuirá la inflamación. El histopatólogo diagnóstica estas lesiones generalmente como: hiperplasia fibrosa, hiperplasia conjuntivo epitelial, o hiperplasia inflamatoria con metaplasia ósea.¹⁷

3.3.4 Diagnóstico Diferencial

La semejanza con fibromas y papilomas no es solo clínica, sino también histológica, lo que propicia su confusión.⁷

3.3.5 Tratamiento y Pronóstico

El tratamiento adecuado consiste en retirar la prótesis causal o desgastar el borde periférico incrustado en la zona hipertrofica a fin de permitir el descanso de los tejidos y su recuperación.⁷



El descanso de los tejidos debe ser lo suficientemente prolongado como para permitir la regresión del épulis y la cicatrización completa. Esta recuperación o reparación puede lograrse diseñando el contorno con modelina de baja fusión y materiales para acondicionamiento de tejidos con compresión; alivian radicalmente en la mayoría de los casos o mejoran los casos graves, preparándolos para su extirpación quirúrgica, que se intentará cuando los procedimientos anteriores no solucionen el problema o sean de larga duración.¹²

La cirugía seguida por la sutura logra disminuir la profundidad del vestibulo una vez que se haya presentado la contractura de la cicatrización. Si ésta es anticipada y la profundidad y extensión vestibular comprometen la retención de la prótesis, para lograr tal propósito tiene que considerarse una vestibuloplastia por epitelización secundaria. Además, las dentaduras totales en uso deben ser correctamente rebasadas y ajustadas, corriendo también el esquema oclusal con balance bilateral; esto coadyuva a evitar las tendencias a la recidiva.⁷

3.4 Estomatitis Protésica (candidiasis crónica atrófica)

Es una lesión ampliamente estudiada tanto en su frecuencia como en su etiología y tratamiento.⁷

Se ha demostrado que la mucosa del reborde residual y la palatina (mucosa de soporte) cambian de color y estructura después de usar por cierto tiempo dentaduras completas.⁷

A partir de análisis anatomopatológicos e histoquímicos, se ha comparado la diferencia entre la mucosa de soporte de portadores de prótesis completas y la de no portadores. En los primeros se detectó un estrato córneo más delgado, disminución de la cantidad de glicógeno, reducción o ausencia del infiltrado inflamatorio y baja actividad enzimática.⁷



Hay cambios más evidentes y profundos que provocan lesiones o alteraciones en la mucosa; en el examen clínico se presenta más enrojecida, brillante y con granulaciones, con sus variedades intermedias.¹²

3.4.1 Factores Etiológicos

- El trauma protético ocasionado por el desajuste del aparato y los malos hábitos de utilización.
- Higiene de la prótesis donde se involucran elementos microbiológicos debido a la placa bacteriana subprotésica que conforma un especial ecosistema con características muy particulares en su pH, en el que influyen la dieta, características salivales, etc.
- Posibles reacciones alérgicas e irritación causada por los materiales que componen la prótesis (resinas o aleaciones metálicas).
- Infección candidiásica.
- Enfermedades sistémicas predisponentes.³

3.4.2 Características clínicas

Esta forma particular de candida se presenta en más de 65% de los individuos geriátricos que utilizan dentaduras totales; la expresión de esta forma de candidiasis depende de la mucosa bucal que se condiciona a estar cubierta por una prótesis. Es más frecuente en paladar que en el proceso alveolar mandibular y se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. Los factores que contribuyen a esta enfermedad incluyen el traumatismo crónico de baja intensidad por una prótesis mal ajustada, la relación oclusal no ideal y el no quitar las prótesis durante la noche. La lesión se presenta como una superficie roja brillante, en ocasiones como de terciopelo o granular que tiene poca queratinización. En los casos graves pueden observarse vesículas confluentes y erosiones.⁹



3.4.3 Histopatologías

En las infecciones superficiales los hongos se limitan a las capas externas del epitelio; en los casos más graves se encuentran hifas en los estratos profundos. Hay infiltración neutrofílica del epitelio y formación de microabscesos superficiales.⁹

Las formas predominantes de crecimiento del hongo son las pseudohifas, que en algunos casos penetran el epitelio y entran en los queratinocitos para convertirse en parásitos intracelulares. Las formas crónicas de la candidiasis presentan hiperplasia epitelial, característica de este tipo de la enfermedad y que causa la presencia del hongo. Aunque la candidiasis crónica pueda surgir a la leucoplasia bucal, no hay evidencia de que ésta esté en y sea por sí misma un estado precanceroso. Sin embargo es posible que la invasión epitelial por este organismo y la proliferación subsecuente contribuyan al cambio neoplásico.⁹

3.4.4 Diagnóstico diferencial

Las infecciones por *Candida* se tienen que diferenciar de varias entidades que incluyen esfacelo que se asocia a quemaduras químicas, ulceraciones traumáticas, parches en la mucosa por sífilis y lesiones queratósicas blancas. Las lesiones rojas aisladas de la forma atrófica aguda deben distinguirse de las reacciones medicamentosas y las quemaduras térmicas y pueden disimular liquen plano erosivo, lupus eritematoso discoide y casos iniciales o leves de eritema multiforme.⁹



3.4.5 Clasificación:

Grado 1: Signos inflamatorios mínimos, generales asintomáticos. Pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños puntos eritematosos. Es la lesión mínima visible a la inspección.

Grado 2: Lesión francamente inflamatoria. Puede observarse el dibujo de los contornos de la prótesis, la superficie mucosa es de color rojo brillante, aparecen áreas eritematosas difusas que pueden cubrirse total o parcialmente por un exudado blanco-grisáceo. Generalmente el paciente expresa alguna sensación subjetiva.

Grado 3: lesión constituida por una mucosa gruesa, con gránulos irregulares que, a veces, toman aspectos papilar con alteraciones máximas en la parte central de la mucosa palatina. La magnitud de los signos inflamatorios es variable y generalmente sobre estos predominan los fenómenos proliferativos.³

3.4.6 Tratamiento y pronóstico

Hay distintos tratamientos para aliviar la estomatitis subprótesis. Para el tratamiento correcto de la candidiasis palatina debe haber una investigación completa y sistemática de los factores predisponentes generales y locales como diabetes, deficiencias nutritivas, trastornos endocrinos y tratamientos con antibióticos, corticoesteroides, drogas inmunosupresoras, y los factores locales ya conocidos. Una vez equilibrados estos factores podemos abocarnos a cambiar el germen mismo, pudiendo hacerlo simultáneamente con el equilibrio general paulatino del huésped.⁷



Drogas específicas antimicóticas

Nistatina.

Es un antibiótico específico contra la *Candida*. Casi no se absorbe por vía digestiva, y por ello su acción es local. En algunos casos, administrada por vía oral puede provocar vómitos y diarrea. De forma tópica no se han observado reacciones de hipersensibilidad ni de irritación de la mucosa.⁷

Anfotericina B

Es otro antibiótico antimicótico. Su absorción por vía digestiva es muy escasa, pero en este caso su acción es más bien general, por lo que se administra por vía parenteral. Con su aplicación tópica se han observado irritación y reacciones alérgicas. En tratamientos prolongados se pueden presentar anemias y lesiones renales; por esta vía y por otras razones el tratamiento debe ser controlado y se reserva para casos graves.⁷

Fármacos inespecíficos

Para el tratamiento de la estomatitis subprótesis existen fármacos inespecíficos, por ejemplo, el azul de metileno o la violeta de genciana con lo que se pincela la mucosa afectada dejándola luego secar. Además de forma complementaria se indican en todos los casos los procedimientos locales correspondientes, incluyendo el uso de fungonol para la prótesis.⁷



En el tratamiento correcto, los planteamientos anteriores nos conducen a pensar que si existe una prótesis traumatizante en su contacto con la mucosa de soporte, específicamente por desajuste o por oclusiones desbalanceadas, y si además las lesiones se deben a la presencia de microorganismos potencialmente patógenos en esta misma superficie, lo indicado es eliminar estos agentes etiológicos eliminando primero esta área de contacto defectuoso, para después reemplazarla por una nueva, bien adaptada, que no produzca traumas y esté exenta de agentes bacterianos irritantes.⁵

Acondicionadores y Antimicrobicos

Se realiza con base en exámenes microbiológicos seriados y rebasados sucesivos con materiales acondicionadores de tejidos, en los cuales se incluyen medicamentos antimicrobianos específicos.⁷

Los exámenes microbiológicos se llevan a cabo mediante tomas de muestras de la mucosa o prótesis mediante pequeñas torundas de algodón o por impresiones de alginato; éstas se registran tanto en la mucosa como en la prótesis, evitando todo tipo de contaminación en su manipulación. Se guardan en depósito estéril y se llevan al laboratorio de análisis: se hacen los vaciados, tomando para esto dos placas Petri estériles, se vierte el agar líquido en su interior, aproximadamente a 37°C. Posteriormente se coloca la impresión sobre la superficie del agar, de tal manera que las dos superficies entren en contacto íntimo. Se espera la gelificación total del agar en la temperatura ambiente durante una hora. Transcurrido ese lapso pueden retirarse las impresiones.⁵



Se tapan las petri con sus respectivas cubiertas, se introduce en la estufa durante 24 a 72 horas a 37°C. Después de retirarlas, se estudia la ubicación de las colonias y se cuenta su número. Se toma una colonia, para utilizarla en la prueba bioquímica de los azúcares.⁷

Otra colonia se puede colocar en suero para su observación; al cabo de las cuatro horas la presencia de clamidosporas indica patogenicidad si se trata de *Candida albicans*. Estas pruebas son útiles especialmente para identificar, tipificar, y ubicar las colonias de microorganismos o de desajustes de las prótesis se registran impresiones con siliconas, utilizando las dentaduras completas en su uso como portaimpresiones individuales. Si se desea comprobar una acción alérgica de la resina acrílica, se toma una porción de ésta o pequeños fragmentos de la misma, y se colocan en la piel del antebrazo durante 72 horas para observar la reacción. La reacción positiva está indicada por una inflamación eritematosa.⁷

Sesiones clínicas

Durante la primera sesión se toman muestras de paladar y de la base protésica para los exámenes microbiológicos, utilizando la técnica ya descrita. Las impresiones se registran con siliconas.

Después, para el rebasado se elimina toda la superficie interna de la dentadura completa que esté en contacto con la mucosa de soporte, aproximadamente a un milímetro de espesor, y se rectifican el borde y el contorno periférico. Se prepara un material resiliente, blando, tipo acondicionador de tejidos (flexivo, rebase blando de silicona), el cual se aplica en la superficie interna de la prótesis; se registra una impresión tipo rebasado, se recortan los excedentes y se verifica la oclusión céntrica.⁷



En la segunda sesión clínica se toma otra muestra microbiológica, se analiza el resultado del primer examen microbiológico.¹¹

Dependiendo del cual se elige la solución desinfectante específica para agregarla al material tipo resina blanda, en proporciones predeterminadas; si se trata de una infección micótica especialmente por *Cándida albicans*, se utiliza Nistatin (suspensión, 100 000U X ml) 1.5 ml para una mezcla de Flexivo de 7 cm de pasta y 4 cm de líquido. También se puede usar la misma cantidad de Nystatin por una porción de Visco-gel (Trey Division) o de Caul Lynal (Coulk).¹¹

Si se trata de afecciones por estreptococos u otros microorganismos se puede utilizar como solución desinfectante, siempre incluida en el material de rebase, el Tercinol o el Hibident (solución) en una concentración de 0.4 ml para una mezcla de 7 cm de pasta y cuatro gotas de líquido Flexivo, o para una porción de Coulk Lynal o una de Visco-gel.⁷

Se elimina todo el material agregado en la sesión clínica anterior y se practica el nuevo rebasado con la mezcla del acondicionador y la solución desinfectante elegidos. Se recomienda hacer enjuagues de la boca dos veces al día, con la misma solución desinfectante.⁷

Se repite el mismo procedimiento hasta que desaparezcan las lesiones y los exámenes resulten negativos. Los controles deben efectuarse cada siete días. Generalmente, hay una regresión notoria de la lesión a los 24 días (momento en el cual se pueden registrar las impresiones fisiológicas). Una vez que la lesión ha desaparecido definitivamente, existen dos posibilidades:

- 1.- Efectuar un rebasado definitivo con resina acrílica termopolimerizable sobre la dentadura completa en uso, desgastando su superficie interna lo máximo posible.
- 2.- Construir nuevas dentaduras totales.



El éxito total del tratamiento de la lesión radica en la combinación de los siguientes factores:

- a) Los exámenes microbiológicos.
- b) El desgaste de toda la superficie interna de la dentadura completa
- c) La aplicación del acondicionador de tejido.
- d) La inclusión en el acondicionador de una solución desinfectante en proporciones preestablecidas.
- e) La motivación del portador respecto de la lesión y enseñanza de rigurosas normas de higiene protésica (cepillar durante 20 minutos).
- f) Nunca debe iniciarse una rehabilitación protésica definitiva con dentaduras sin haber recuperado totalmente los estados inflamatorios o infecciosos de la mucosa de soporte.⁷

3.5 Queilitis Angular

La causa de dichas lesiones se ha atribuido a múltiples factores: enfermedades sistémicas, deficiencias nutricionales, disminución de la distancia maxilomandibular, prótesis completas o estímulos irritativos locales y las de origen alérgico a fármacos, a cosméticos, a acrílicos, etc. Y con frecuencia se ha observado una disminución de riboflavina y/o xerostomía y, en gran número de casos, una sobreinfección por candida.⁷

El examen clínico de las lesiones, así como los frotis obtenidos del ángulo bucal de la superficie lingual, estudiados al microscopio y sembrados en medios de cultivo han demostrado en muchos casos la presencia de *Candida albicans*. Las personas tratadas con antifúngicas (Nistatin) presentan una desaparición de las lesiones al cabo de seis días de tratamiento. Estos resultados confirman que la queilitis angular o comisural en prótesis inadecuadas con disminución del espacio libre, consecutivo a resorción de los dientes de resina acrílica, está habitualmente asociada con *Candida albicans* como agente etiológico.⁷



3.5.1 Factores Etiológicos

Queilitis activa. Se observa en individuos sensitivos a los rayos actínicos; puede predisponer a una leucoplasia o cáncer.

Queilitis por irritación. Comúnmente se convierte en una infección secundaria y se agrava por la aplicación de un cáustico como nitrato de plata, fenol o ácido tricloracético.

Disminución de la distancia vertical. Puede causar fisuras en las comisuras de la boca. se observa frecuentemente en pacientes edéntulos y en portadores de dentaduras completas con disminución de la distancia vertical maxilomandibular. La resequedad de la saliva acumulada en las fisuras puede ocasionar ulceraciones semejantes a las que se producen por deficiencia de vitamina B.

3.5.2 Características Clínicas

Esta alteración tiene mayor prevalencia en sujetos que presentan pliegues profundos en las comisuras, secundarios al cierre excesivo de la boca; en estos casos se acumula saliva en los pliegues cutáneos de las comisuras labiales, en los que se forman colonias de hongos. Las lesiones producen fisuras, úlceras, erosiones y costras, lo que produce dolor de intensidad moderada.⁹

3.5.3 Histopatologías

En las infecciones superficiales de los hongos se limitan a las capas externas del epitelio; en los casos más graves se encuentran hifas en los estratos profundos. Hay infiltración neutrofílica del epitelio y formación de microabscesos superficiales. La tinción con metanamina argéntica o reactivo ácido periódico de Schiff (APS) evidencian los hongos las formas predominantes de crecimiento del hongo son las pseudohifas, que en algunos casos



penetran el epitelio y entran en los queratinocitos para convertirse en parásitos intracelulares. Las formas crónicas de la candidiasis presentan hiperplasia epitelial, característica de este tipo de la enfermedad y que causa la presencia del hongo. ⁵

3.5.4 Diagnostico diferencial

Las infecciones por Candida se tienen que diferenciar de varias entidades que incluyen esfacelo que se asocia a quemaduras químicas, ulceraciones traumáticas, parches en la mucosa por sífilis y lesiones Queratocicas blancas. Las lesiones rojas aisladas de la forma atrófica aguda deben distinguirse de las reacciones medicamentosas y las quemaduras térmicas y pueden simular liquen plano erosivo, lupus Eritematoso Discoide y casos iniciales o leves de eritema multiforme. ⁹

3.5.5 Tratamiento y Pronóstico

- 1.- Remozar el medio, aplicar humectantes, proteger la lesión.
- 2.- Aplicar un ungüento medio, antiséptico-antibiótico (Nicostatín).
- 3.- Restaurar la distancia vertical maxilomandibular fisiológica y morfológica.
- 4.- Prescribir vitaminas del complejo B. ⁷

3.6 Hiperplasia Fibrosa

Es necesario tener presente la clásica afirmación de Randall (1926): "siempre que se encuentre hiperplasia fibrosa o mucosa debe pensarse en atrofia ósea". Esta afección es consecuencia de la resorción del reborde residual ante una dentadura completa desajustada debido a las fuerzas oclusales desequilibradas y constantes en una zona localizada. Comúnmente, cada prótesis total superior que articula contra pocos antagonistas anteriores inferiores naturales provoca atrofia ósea con hiperplasia fibrosa en la porción anterior del reborde edentulo o cubriendo el borde mandibular atrófico en "filo de cuchillo". ⁷



3.6.1 Etiología

Esta forma de hiperplasia fibrosa de la mucosa bucal se relaciona con traumatismo crónico por una prótesis mal ajustada. En esencia, es el mismo proceso que origina el fibroma traumático, excepto que se identifica de forma específica la dentadura artificial como agente causal.⁹

3.6.2 Características clínicas

La hiperplasia fibrosa por prótesis es una lesión frecuente de la mucosa vestibular donde el borde de la dentadura tiene contacto con los tejidos. Este borde se extiende de manera gradual hacia el vestíbulo ya que el reborde óseo de la mandíbula y el maxilar presentan resorción ósea con el uso prolongado de la prótesis.⁹

3.6.3 Histopatología

La irritación y el traumatismo crónico, causan una respuesta exagerada de reparación del tejido conectivo fibroso, lo que origina la aparición de pliegues indoloros de tejido fibroso que rodean el borde extendido de la dentadura artificial.⁹

3.6.4 Tratamiento y Pronóstico

El tejido hiperplásico que cubre al hueso del reborde residual alveolar es incompatible con los requerimientos de soporte para una prótesis total. Cuando se localiza la zona anterior del maxilar superior desdentado, generalmente requiere escisión quirúrgica o vestibuloplastia. Este procedimiento quirúrgico puede incluir además a los injertos, inyección de Silastic o soluciones esclerosantes.⁷



El objetivo de las técnicas propuestas incluye:

- 1.- Obtener una superficie mucosa estable, elástica y firme, capaz de proporcionar soporte a la base protésica.
- 2.- Conservar la amplitud y profundidad suficientes del vestibulolabial.
- 3.- Evitar la formación de bridas cicatrizadas en las superficies vestibulares, que puedan interferir con el correcto contorno periférico.

3.7 Alergia a la prótesis

La alergia de la membrana mucosa al material de la prótesis es en extremo rara, y muchos dentistas pasan toda una vida practicando la odontología sin haber encontrado nunca un caso genuino de reacción inflamatoria por un contacto con el material de la base de esta. Algunos investigadores opinan que ciertos individuos son sensibles al metacrilato y reaccionan ante él. Otros consideran que cuando una reacción se presenta, es causada por la resina acrílica que no ha polimerizado en sí.

En ese sentido cabe hacer notar, que el monómero libre se presenta con mayor frecuencia en la resina autopolimerizable que en la resina procesada en forma convencional. Los síntomas clínicos de alergia son idénticos a los de la llaga por prótesis.⁶

Para determinar si existe alergia puede llevarse a cabo una prueba muy sensible. En la porción interna del brazo del paciente se coloca una pequeña porción de resina acrílica que ha sido procesada de igual forma que la empleada para procesar la base de la prótesis y se cubre con cinta adhesiva. Más o menos en la misma zona se coloca un pequeño disco u oblea de un material diferente, tal como vidrio o metal y se cubre de la misma forma. La piel alrededor de los dos materiales se examina después de tres días. La alergia genuina se manifestará por enrojecimiento de la piel alrededor de la resina acrílica y no deberá presentarse ninguna reacción bajo el material de "control".⁶



Lesiones protésicas y paraprotésicas



Respuesta Inflamatoria en la mucosa por estímulos irritantes y mecanismos de defensa en portadores de prostodoncias totales

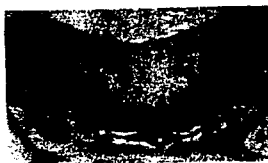




**Hiperplasia papilar localizada en
Paladar duro**



Candidiasis atrófica crónica





CAPITULO 4

TRATAMIENTO POR EL DESAJUSTE PROSTODONTICO

4.1 Acondicionador de Tejidos

Los acondicionadores titulares o rebase blando temporal son materiales cuya utilidad funcional es muy corta, por lo general de unos cuantos días. En ciertas condiciones de debilitamiento de la salud o prótesis mal adaptadas, los tejidos bucales se inflaman y distorsionan. Rebasar una prótesis mal ajustada con acondicionador de tejidos permite hacer que regresen a su "normalidad" mientras se hace una prótesis nueva. Estos acondicionadores de tejido son básicamente resinas acrílicas muy plastificadas. Su presentación es de polvo y líquido. La composición del polímero por lo general es un poli(metacrilato de metilo) o uno de sus copolímeros; mientras que el líquido es un éster aromático (ftalato de butilo-glicolato en etanol), o en alcohol de alto peso molecular. Se mezclan y forman un gel y, así con otros procedimientos de rebase, la prótesis se releva de la superficie tisular y se inserta la masa o el gel. Cuando se coloca en la boca, el gel fluye con facilidad para llenar el espacio entre la base de la prótesis y el tejido bucal.⁸

Los acondicionadores titulares, como rebases resilientes "permanentes" absorben la energía elástica; sin embargo, a diferencia de estos últimos, los acondicionadores también presentan flujo elástico bajo carga. Así, cambian su forma al mismo tiempo que se modifican el contorno de los tejidos de soporte para mantener una buena adaptación de a prótesis y tejido. También se dice que el acondicionador da masaje tisular y estimula la circulación.⁸

Al paso del tiempo, el material pierde sus propiedades plásticas, y las características elásticas se toman dominantes. Cuando esto se presenta, si no se corrige el problema, es necesario reemplazar el material viejo por un acondicionador nuevo.⁸



4.1.1 Composición y Carácter

Los acondicionadores de tejidos están compuestos de polimetacrilato y una mezcla aromática de alcohol éster etil. Estos materiales, cuando se mezclan, forman un gel, ya que el alcohol etílico tiene una gran afinidad con el polímero.¹⁵

Las propiedades óptimas se obtienen cuando se usan pequeñas cantidades de alcohol, para obtener una proporción gelificante razonable que minimice su distorsión al utilizarse durante la masticación. Debido a su flujo continuo y viscosidad, estos materiales se deben usar dentro de la base dura de la dentadura. En forma comercial existen varios compuestos con diferentes tipos de flujo; a otros, se les tienen que agregar líquidos plastificantes para mejorar su flujo. Es importante conocer estas características para seleccionar el material correcto a usar en cada situación clínica. Estos materiales deben utilizarse por poco tiempo (días).¹⁵

4.1.2 Uso de los Acondicionadores de Tejidos

Los acondicionadores de tejido, como su nombre lo indica, pueden usarse como coadyuvantes en el acondicionamiento de los tejidos de soporte de la dentadura y para la obturación temporal y protección de zonas quirúrgicas. También se utilizan como material estabilizador de las bases de registro o de guías quirúrgicas, en procedimientos de impresión o como factor determinante del beneficio probable a obtener con un tipo específico de tratamiento. Como ya se mencionó, la razón principal para su uso es prevenir o tratar algunas patologías causadas por las dentaduras.¹⁵



4.1.3 Adjuntos en el acondicionamiento del tejido

Se ha visto que existen muchas ventajas al usar acondicionadores del tejido para preparar las estructuras orales seleccionadas para soportar las cargas de las prótesis dentales. Para conservar el borde residual, y antes de que se elabore la dentadura, se debe acondicionar la mucosa oral hipertrófica, irritada, hiperémica, y desplazada, así como el proceso alveolar residual subyacente lesionado.¹⁵

Los materiales de polimerización lenta, proporcionan un excelente medio para permitir el acondicionamiento de los tejidos de soporte de la dentadura lesionados; esto es debido a que la consistencia de su flujo permite que el tejido se recupere por sí mismo. Después de las correcciones oclusales, el revestir las dentaduras anteriores con acondicionador de tejidos mejora la estabilidad diariamente. Con esto los tejidos se recuperan y se evita que se vuelvan a lesionar en un futuro. Estos materiales mantienen la integridad tisular durante todo el procedimiento de elaboración de la dentadura, por lo que el paciente no tiene que estar sin dentaduras por varios días para permitir que el tejido se recupere o mientras se están elaborando las dentaduras nuevas.¹⁵

Para que las dentaduras nuevas estén en oclusión adecuada y los tejidos blandos mantengan su integridad óptima, los registros maxilomandibulares se deben hacer con bases de registro apoyadas en los tejidos sanos y normales. Los acondicionadores del tejido, son útiles en este caso debido a que conservan tanto la forma de los tejidos, que es casi la misma en el momento de la inserción de las dentaduras que cuando se tomaron las impresiones. Este procedimiento también ayuda a restablecer y mantener las relaciones maxilomandibulares adecuadas, ya que reacondicionan las estructuras anatómicas y funcionales normales. Con esto se pueden evitar los daños al tejido ocasionados por un registro inadecuado de la relación maxilomandibular.¹⁵



Se debe recordar que para usar estos materiales en forma eficiente en el acondicionador de tejidos, se necesita un grosor de 1 mm o más. Además, se debe aplicar el material cada tres o cuatro días hasta que los tejidos se recuperen por completo. También se debe mantener una proporción adecuada de polvo-liquido para obtener el máximo beneficio de su uso. El mal uso de estos materiales puede ocasionar tanta irritación del tejido como una dentadura mal ajustada.¹⁵

Las situaciones específicas en las que se debe usar los acondicionadores del tejido para evitar o tratar las ulceraciones crónicas debidas a dentaduras, incluyen las siguientes: mucosa oral hiperémica y lesionada, asociada con frecuencia a dentaduras mal ajustadas con mala oclusión; bruxismo; hiperplasia papilar; áreas hundidas asociadas con cavidades de succión que se usaron para retención de las dentaduras maxilares; y en pacientes con avitaminosis o enfermedad general debilitante. Muchos cirujanos orales recomiendan la remoción quirúrgica de la mucosa hiperplásica. Sin embargo, en muchos casos la mucosa se trata con acondicionador de tejido, con lo que la situación mejora tanto, que se evita la cirugía.¹⁵

4.1.4 Obturadores temporales

Los acondicionadores de tejidos se pueden agregar a un obturador sobre la dentadura completa o parcial actual; esto se puede hacer en forma directa en la boca ó indirectamente después de que se tome la impresión de la zona quirúrgica. La obturación temporal casi siempre se hace de siete a diez días después de la cirugía, por ello es importante que se ejerza una presión mínima y ninguna irritación con el obturador. El uso de estos materiales protege a los tejidos, y por consiguiente, mejora el proceso de cicatrización. Este procedimiento es una parte importante en la rehabilitación total de los pacientes con maxilares resecaos en quienes se corrigen en etapa temprana las funciones de masticación, deglución y habla.¹⁵



4.1.5 Estabilizadores de bases de registro y guías quirúrgicas

Cuando existen socavados en un molde edentado, se pueden usar acondicionadores, con una consistencia más espesa para estabilizar las bases de registro y evitar que se rompa el molde. Este procedimiento también aumenta la estabilidad, retención y comodidad en las bases de registro. Por consiguiente, se reduce tanto la posibilidad de error al obtener los registros maxilomandibulares, como la irritación mecánica, por parte de la base de la dentadura de prueba. También se previene la ruptura y abrasión del modelo socavado, edentado, lo cual protege contra problemas en las adaptaciones finales de la dentadura-tejido que podrían ocasionar irritación del tejido.¹⁵

Los acondicionadores de tejidos se pueden utilizar para cubrir férulas o guías quirúrgicas al realizar vestibuloplastias maxilares o mandibulares o resecciones. En este caso su uso permite una mejor adaptación de los tejidos cicatrizados así como protección contra trauma. También se ha utilizado en forma conjunta en la fase de cicatrización de implantes integrados del tejido.¹⁵

Como material coadyuvante en el procedimiento de la forma de impresión o como material de impresión final.¹⁵

Estos materiales se pueden usar cuando es difícil determinar la extensión de la base de la dentadura por medio de las estructuras orales móviles. Los materiales registran la extensión en una forma dinámica que después ayuda en la preparación de la charola de impresión para la impresión final. Además, estos materiales se han utilizado para elaborar impresiones funcionales, puesto que permiten el registro de las acciones dinámicas de los tejidos.¹⁵

Para que el material sea aceptable para la impresión final se pueden hacer correcciones menores.



4.1.6 Como factor determinante de posibles beneficios en un tipo de tratamiento

Con frecuencia, los pacientes tienen dentaduras muy bien elaboradas, pero no pueden usarlas con comodidad debido a que padecen de alguna patología. El uso de un acondicionador de tejido ayuda a determinar si un recubrimiento elástico podría remediar el problema y permitir al paciente usar la dentadura con comodidad. En estos casos, el paciente debe usar el acondicionador de tejido en la dentadura por aproximadamente 8 a 10 semanas, tiempo suficiente para determinar los posibles beneficios con el uso de un recubrimiento elástico.

4.1.7 Técnica para el uso del acondicionador de tejidos

La técnica que se describe, es para el uso de un material acondicionador de tejido como coadyuvante en el acondicionamiento de tejidos de soporte de la dentadura lesionada, hipertróficos y desplazados. Esta técnica se puede modificar de acuerdo al uso particular del material, según sea el caso.¹⁵

Los prerrequisitos para el uso de este material son los siguientes: que las dentaduras tengan una cobertura adecuada del área de soporte, una buena relación céntrica, dimensión vertical oclusal adecuada y ninguna formación densa en las posiciones excéntricas mandibulares; que las dentaduras tengan que las dentaduras tengan los prerrequisitos antes mencionados con ajustes mínimos. Éstos son de suma importancia, ya que casi todas las molestias ocasionadas por las dentaduras, se pueden atribuir a una mala oclusión.¹⁵

4.1.8 Preparación de la dentadura

Se deben eliminar todos los socavados de la base de la dentadura y algunos de la zona inmediatamente sobre el borde residual a una profundidad de 1mm o más. Se deben conservar los márgenes o aletas y el área del paladar duro en la dentadura maxilar como



topes verticales en su distribución o colocación sobre el borde. Si los márgenes no están bien definidos, se deben usar compuestos de modelado dentro de la dentadura y en la oclusión, para tener una triple referencia para relacionar la dentadura cuando se vuelva a colocar en la boca con el material acondicionador.¹⁵

Cuando la base de la dentadura se corta se debe extender con resina acrílica activada para dar soporte al material suave. Lo importante es recordar que las dentaduras deben tener suficiente espacio para el material acondicionador para permitir que el tejido desplazado y lesionado se recupere hasta llegar a un estado normal.¹⁵

4.1.9 Preparación del tejido y colocación del acondicionador de tejido en boca

El material a utilizar es un sistema de tres componentes: el polímero (polvo), el monómero (líquido), y un plastificador-líquido ("controlador de flujo"). La proporción de estos componentes varía dependiendo de su uso. Para acondicionar los tejidos, se recomienda una proporción de $\frac{1}{4}$ partes de polímero por 1 parte de monómero, además de agregar aproximadamente $\frac{1}{2}$ cc del plastificador ("controlador de flujo"). Este último se debe agregar al monómero y mezclarlo bien antes de agregarlo al polímero. Esto no es lo que recomiendan los fabricantes. Sin embargo, se ha visto que esta modificación evita que el material se haga áspero y duro después de cuatro o cinco días de uso. Al contrario, se hace suave, terso, brillante, y se prolonga su durabilidad de uso aproximadamente de cuatro a ocho semanas. Después se debe mezclar en un tarro de vidrio agregando con lentitud el polvo al líquido y agitando en forma constante hasta que se haya incorporado en la mezcla la cantidad deseada del polímero.¹⁵



El material se espesa en base a su propia reacción. Cuando el material está todavía cremoso y blando, se debe vaciar dentro de la dentadura, comprobando que toda el área de la base de la dentadura esté cubierta en el momento en que el material deje de fluir libremente, se debe colocar la dentadura en la boca del paciente, colocando en su lugar en forma lenta pero firme. Se debe usar la dentadura opuesta como guía para obtener la relación céntrica. Después se deben mantener las dentaduras en su posición en la dimensión vertical oclusal deseada durante 3 a 7 minutos. Después de esto, se le pide al paciente que mueva los labios y mejillas para modelar el material en el margen. Se debe eliminar el exceso de material que pueda soltarse en la boca. En ese momento el material ya se habrá fijado lo suficiente, por lo que la dentadura se puede sacar para eliminar o cepillar el material que se ha salido de los labios labial y bucal. Esto se puede hacer con una navaja afilada, escapelo, tijeras o con una espátula calentada eléctricamente. Se deben aminorar las áreas de presión, en donde el color rosa de la base de la dentadura se transparenta. Se agregan pequeñas cantidades del material en donde sea necesarios para regresar la dentadura a la boca para contornearla.¹⁵

Una vez que se ha obtenido un grosor de 1 mm o más, del material acondicionador, se cubren las orillas filosas, así como todas las superficies del material con una pequeña cantidad de "controlador de flujo" para permitir que el acondicionador continúe esparciéndose para contomearse conforme los tejidos se recuperan.

Esto también permite que las orillas afiladas se redondeen para hacerse más suaves y lisas conforme el paciente utiliza la dentadura. Al volver a colocar las dentaduras en la boca, se debe verificar la comodidad e instruir al paciente en el cuidado de la dentadura. Se le debe permitir al mismo que regrese al día siguiente para revisión y corrección de las áreas de presión. A demás se le debe decir que este procedimiento tendrá que repetirse cada tres o cuatro días hasta que los tejidos irritados y lesionados se hayan recuperado por completo. El paciente no debe comer alimentos duros en las primeras ocho horas después de la aplicación del material, ya que se puede deformar el material acondicionador por presión, con lo que sería en vano lo que se había logrado.¹⁵



Si ambos arcos, maxilar y mandibular, se encuentran afectados, cada uno se debe tratar por separado. De preferencia, se debe utilizar el arco con dentadura más estable como guía para colocar la que se está tratando. No se debe intentar pulir el material acondicionador cuando se use con este fin.¹⁵

4.1.10 Cuidado y mantenimiento

Se debe instruir al paciente en el cuidado y mantenimiento de estos materiales para maximizar su durabilidad y eficacia. El material acondicionador de tejido so se debe limpiar raspando con un cepillo duro erizado ya que esto puede arrancar el material de la base de la dentadura y de sí mismo, además de que afecta de forma adversa su contorno. Se recomienda el uso de un cepillo suave para limpiar el material bajo el chorro de agua. No se recomienda remojarlas en limpiadores de dentaduras, ya que se pueden afectar en forma negativa las propiedades físicas de los acondicionadores de tejido, causando un deterioro prematuro. Más aún, la mayoría de los limpiadores de dentaduras son un poco ácidos, se absorben en el acondicionador del tejido y se retienen aún después de enjuagados con agua.¹⁵

Esta absorción leve de ácido se puede desprender, más tarde cuando el paciente coloque la dentadura en su boca otra vez, con lo que se puede ocasionar estomatitis.⁸

4.1.11 Ventajas y desventajas

La ventaja más importante de los acondicionadores de tejidos es su versatilidad y facilidad de uso. Su desventaja más grande es que con frecuencia se hace un mal uso de ellos. Debido a que las dentaduras recubiertas con acondicionadores proporcionan alivio y comodidad inmediatos, existe el peligro de que el paciente los use por mucho tiempo con lo que se ocasiona un trauma a los tejidos de soporte causando así la misma situación que su uso intenta evitar o corregir.⁸



Su durabilidad en su uso es muy limitada; ya que se endurecen y se ponen ásperos en cuatro a seis semanas debido a pérdida de plastificador. De esto requiere que el dentista valore bien al paciente.⁸

4.2 REBASE DE PRÓTESIS TOTALES

Como se producen cambios en los tejidos durante el uso de las prótesis, con frecuencia es necesario modificar la superficie que está con ellos, a fin de conformarla con los nuevos contornos titulares y relaciones oclusales. Esta adaptación se produce con el rebase de la prótesis.⁸

El mantenimiento de la adaptación de las bases de la dentadura a la mucosa que cubre los bordes residuales, es un factor de gran importancia en la terapéutica de la dentadura completa. Los bordes residuales ya se han descrito por ser de naturaleza plástica, con constantes cambios topográficos y morfológicos debidos a diversas causas, algunas conocidas y muchas desconocidas. Por lo general, los bordes residuales se reabsorben con mayor rapidez en las mujeres que en los hombres y más rápido en las personas caucásicas que en los de raza negra.¹⁵

La resorción ocurre con más rapidez en los primeros seis meses después de extraer los dientes, se mantiene sin cambios a los 12 meses y aumenta otra vez cuando el paciente llega a los 65 años de edad, más o menos. La gravedad de la resorción no siempre se relaciona con la función de la dentadura. Con frecuencia, la resorción es el resultado de una enfermedad sistémica. En este último caso, se debe controlar o eliminar la condición sistémica antes de recubrir, rebasar o elaborar una nueva dentadura.¹⁵

Cada paciente edentado se debe examinar en forma anual para determinar (entre otras cosas) el ritmo de resorción de los bordes residuales. Existen pruebas clínicas, que sugieren que el ritmo de cambios óseos se puede retardar, cuando las dentaduras totales



se readaptan a los bordes residuales a los primeros signos y síntomas de la pérdida de adaptación. Los dentistas inexpertos y las personas sin preparación. Creen que el recubrir o rebasar las dentaduras completas es una tarea fácil. Estas personas no se dan cuenta de la técnica meticulosa y la habilidad que se requiere para estos procedimientos.¹⁵

De hecho, muchos pacientes con dentadura artificial, intentan realizar por hechos mismos, estas tareas, por medio de "recubrimientos farmacéuticos" con resultados desastrosos, los cuales incluyen la destrucción más rápida de los bordes residuales óseos.¹⁵

Al revisar los artículos médicos, se ve una gran variedad de técnicas creadas por clínicos e investigadores que intentan evitar las dificultades, al restaurar la adaptación de las bases de la dentadura completa en bordes residuales reabsorbidos.

El recubrimiento es el proceso por el cual se agrega un poco de material al lado hacia el tejido de la dentadura para llenar el espacio entre el tejido y la base de la dentadura.¹⁵

El rebase es el proceso en el que se recoloca todo el material de la base de la dentadura. El propósito de dicho procedimiento es llenar el espacio entre el tejido y la base de la dentadura sin cambiar la posición de los dientes ni la relación de las dentaduras. Algunos dentistas creen que siempre se debe recolocar la porción palatina de la dentadura maxilar para evitar el aumento en la dimensión vertical oclusal.

Si se acepta esto, entonces el término "recubrimiento", se usa para describir las técnicas para rehacer la superficie de la dentadura maxilar, en las cuales, se tiene que recolocar por completo la porción palatina. Existen pruebas clínicas que demuestran que siempre se debe hacer el reemplazo palatino.¹⁵



4.2.1 Indicaciones para el recubrimiento o el rebase

- 1.- En dentaduras inmediatas de tres a seis meses después de su elaboración original.
- 2.- Cuando los bordes residuales estén reabsorbidos y exista una mala adaptación de las bases de la dentadura a los mismos.
- 3.- Cuando el paciente no puede solventar el costo de la elaboración de nuevas dentaduras.
- 4.- Cuando la elaboración de las dentaduras nuevas, junto con las subsecuentes citas, pueda causar una tensión física o mental, por ejemplo en pacientes geriátricos o con enfermedades crónicas.¹⁵

4.2.2 Factores generales

Antes de comenzar el tratamiento, se debe hacer un examen físico completo del paciente y de las dentaduras existentes. Para esto, se deben valorar en forma especial los siguientes puntos:

- 1.- La dimensión vertical oclusal debe ser satisfactoria
- 2.- La oclusión céntrica debe coincidir con la relación céntrica. puede existir un error pero sólo si es tan leve que se pueda corregir con facilidad.
- 3.- El aspecto del paciente debe ser aceptable tanto para el mismo paciente como para el dentista. El tamaño, forma, matriz y alineamiento de los dientes artificiales deben ser satisfactorios.
- 4.- El tejido oral debe estar e integro
- 5.- El límite posterior de la dentadura maxilar debe ser el correcto
- 6.- Las extensiones de la base de la dentadura deben ser las adecuadas
- 7.- Las extensiones de la base de la dentadura deben permitir la distribución de las fuerzas masticatorias en una zona lo más amplia que sea posible.
- 8.- La distancia interoclusal debe ser la correcta
- 9.- El habla deber ser satisfactoria con el alimento actual de los dientes



10.-No deben existir condiciones anormales en el tejido duro ni en el tejido blando que impidan la técnica, tales como tejido excesivo o socavados óseos severos.¹⁵

4.2.3 Contraindicaciones

Las dentaduras no se deben recubrir o rebasar cuando existan uno o más de los siguientes problemas:

- Cuando exista una cantidad excesiva de resorción
- Cuando esté lesionado el tejido. El recubrimiento no debe hacerse hasta que los tejidos recuperen su estado normal con tanta exactitud como sea posible.
- Cuando el paciente presente problemas en la articulación temporomandibular. El rebase y el recubrimiento, están contraindicados hasta obtener un diagnóstico exacto y tratamiento.
- Cuando las dentaduras tengan una mala estética o relaciones mandibulares insatisfactorias
- Cuando las dentaduras provoquen un mayor problema al hablar
- Cuando existan socavados óseos severos, hasta que no se eliminen por extirpación quirúrgica y sane el tejido.¹⁵

4.2.4 Técnicas de recubrimiento

Existen dos técnicas principales para esto: de boca abierta y de boca cerrada. En una técnica de boca abierta se da más énfasis a la elaboración de impresiones individuales, dándose una atención aparte a los registros de las relaciones maxilo-mandibulares. En una técnica de recubrimiento en boca cerrada, por lo general se acepta una oclusión céntrica habitual. Esta oclusión puede ser o no la misma que en la relación céntrica. Se cree que con algunas precauciones, se puede obtener un método que tenga las ventajas de ambas técnicas.¹⁵



4.2.5 Preparación del tejido

Para cualquier técnica de recubrimiento o rebase se deben preparar los tejidos y las dentaduras de la siguiente manera:

- 1.- Se deben eliminar en forma quirúrgica el exceso de tejido hipertrófico. Las dentaduras se pueden utilizar como férula quirúrgica
- 2.- La mucosa oral no debe tener zonas irritadas
- 3.- Es indispensable retirar las dentaduras de la boca durante las noches por varias semanas antes de comenzar el tratamiento, si es que el paciente se pone sus dentaduras durante la noche. Los prostodoncistas por lo general están de acuerdo en que las dentaduras no se deben utilizar durante las noches.
- 4.- Las dentaduras se deben dejar fuera de la boca por lo menos durante dos o tres días antes de hacer la impresión final.
- 5.- El masaje diario de los tejidos blandos, es útil para estimular el riesgo sanguíneo.¹⁵

4.2.6 Preparación de la dentadura

- 1.- Se deben eliminar las zonas de presión en la superficie hacia el tejido de las dentaduras.
- 2.- La falta de armonía oclusal menor se debe corregir con un esmerilado selectivo.
- 3.- Se deben corregir las pequeñas imperfecciones marginales.
- 4.- Antes de la impresión final, se debe establecer una zona correcta para el sellado palatino posterior. Para esto, se puede usar un compuesto de modelado en barra y resina acrílica autopolimerizable.¹⁵



4.2.7 Principales problemas

Los principales problemas se deben evitar en cualquier técnica de reajuste de la dentadura completa, son los siguientes:

- 1.- No se debe aumentar la dimensión vertical oclusal
- 2.- En la relación céntrica. Deben existir contactos múltiples uniformes (intercuspidación máxima).
- 3.- No se debe permitir que la dentadura máxima se mueva hacia delante al hacer la impresión.
- 4.- Se debe comprobar que la relación céntrica y la oclusión céntrica sean iguales.
- 5.- Se debe verificar que se haya establecido un sellado palatino posterior adecuado.
- 6.- Se debe usar un grosor igual del material de la impresión final.¹⁵

4.2.8 Técnicas de recubrimiento en boca cerrada para la dentadura maxilar

Técnica A

Relación céntrica.- La relación céntrica se debe registrar antes de hacer la impresión, usando el medio elegido (compuesto para modelado o cera).¹⁵

Preparación de la dentadura.- La dentadura se debe preparar antes de efectuar la impresión eliminando todos los socavados grandes y colocando un escape de 1.5-2 mm en la superficie del tejido. Los márgenes se deben reducir 1-2 mm excepto en el margen posterior de las dentaduras maxilares.¹⁵

Sugerencia especial.- Se debe eliminar una gran parte de la mitad de la porción palatina de la dentadura maxilar para tener visibilidad al colocar la dentadura maxilar al hacer la impresión.¹⁵



Moldeado de los márgenes.- Los márgenes de las dentaduras se deben volver a formar en sus contornos funcionales usando un compuesto de modelado de baja fusión.¹⁵

Impresión

Como material de impresión se sugiere utilizar la pasta de óxido de zinc-eugenol. Durante el moldeado de los márgenes y al hacer la impresión, el paciente debe cerrar la boca con suavidad en el registro interoclusal elaborado antes. La impresión de la parte expuesta de la sección palatina se debe hacer con yeso de fraguado rápido.¹⁵

Ventajas

- 1.- La apertura de la porción palatina permite un mejor asentamiento de la dentadura maxilar y disminuye la probabilidad de aumentar la dimensión vertical.
- 2.- El registro intero-clusal hecho con anterioridad ayuda a colocar las dentaduras durante la impresión así como para orientar a las mismas sobre el articulador.
- 3.- La técnica de la impresión en dos pasos reduce la posibilidad de que la dentadura maxilar se mueva hacia delante al hacer la impresión final.

Desventajas

- 1.- La posibilidad de mover la dentadura maxilar hacia delante es un problema importante
- 2.- El registro interoclusal de cera no es un registro tan exacto y seguro como para que el paciente pueda cerrar varias veces la boca sin la posibilidad de dañar el registro
- 3.- Esta técnica no ofrece ninguna solución para los problemas que hay al recubrir ambas dentaduras al mismo tiempo.¹⁵



Técnica B

Relación céntrica

Se debe usar la oclusión céntrica existente y la intercuspidadación como medios para asentar las dentaduras

Preparación de la dentadura

igual que en la técnica A

Sugerencia especial

Una gran parte de la sección palatina se debe preparar para eliminarse de la siguiente manera: primero se debe indicar el contorno de la zona hacia adentro en el lado de la superficie pulida hasta la mitad del grosor de la base. Después se den perforar orificios a intervalos de 5 a 6 mm dentro de esta ranura. Este procedimiento se sugiere para poder remover con facilidad la porción palatina durante el embalaje y el procesamiento.

Moldeado de los márgenes

Se sugiere utilizar un compuesto de moldeado de baja fusión (barra verde) para moldear los márgenes.

Impresión

El material más adecuado para esta técnica es una cera que fluya a la temperatura de la boca, como por ejemplo la cera para impresión de Kerr (cera lowa). La impresión se debe hacer en dos pasos, siendo el segundo paso al hacer la impresión de la aleta labial y de la cresta del borde residual localizada entre los caninos.¹⁵

Ventaja

La técnica de la impresión en dos pasos reduce la posibilidad del movimiento excesivo de la dentadura maxilar hacia delante.¹⁵



Desventaja

Es difícil trabajar con el material de cera para la impresión además de que existe la posibilidad de distorsión; además los errores en la oclusión céntrica existente pueden producir una impresión inexacta.¹⁵

Técnica C

Relación céntrica.- igual que en la B

Preparación de la dentadura.- Igual que en las técnicas A y B

Sugerencia especial

Se pueden perforar las aletas labial y palatina de la dentadura. Estas perforaciones disminuyen la presión dentro de la dentadura al hacer la impresión, evitando así el desplazamiento de la dentadura maxilar.¹⁵

Modelado de los márgenes

igual que en las técnicas A y B

Impresión

No se necesita un material específico para la impresión.

Ventajas

Ninguna en especial

Desventajas

Las mismas que en las técnicas A y B



Técnica D

Relación céntrica

La oclusión céntrica existente se debe usar para asentar la dentadura maxilar.

Preparación de la dentadura

Igual que en las otras técnicas

Sugerencias especiales.- 1) se debe recortar la periferia de la dentadura para crear un margen plano. 2) se debe hacer una apretura amplia en la porción palatina de la dentadura maxilar. 3) se debe pegar cinta adhesiva sobre las superficies bucal y labial de ambas dentaduras a 2mm de los márgenes de la dentadura. 4) Con una piedra con filo de cuchillo se debe cortar una ranura más o menos profunda en las superficies bucal y labial de las dentaduras, en la unión del material de impresión, para llenarse con cera fundida para placa de la base.¹⁵

Moldeado de los márgenes

No se sugiere hacer el moldeado de los márgenes, sin embargo, al hacer la impresión, se recomienda dejar una pequeña cantidad del material de impresión sobre los márgenes aplanados.¹⁵

Impresión

Se sugiere utilizar yeso de Paris u óxido de zinc-eugenol en el primer paso de la impresión, y solo yeso de Paris en el segundo paso(para las porciones palatinas).

Ventajas

Las mismas que en la técnica A



Desventajas

Aunque se recomienda que el paciente no asiente la dentadura al cerrar sobre ella, de cualquier manera, los errores existentes en la oclusión céntrica a veces producen algunos puntos de presión con lo cual se obtiene una impresión defectuosa.¹⁵

4.2.9 Recubrimiento con la técnica de boca cerrada para la dentadura mandibular

En forma general, se acepta que son mayores los riesgos al recubrir la dentadura maxilar completa que al hacerlo en la dentadura mandibular completa. Existen muchos factores que se deben tomar en cuenta para recubrir una dentadura mandibular, entre ellos están las relaciones del borde, la forma del mismo y las características de la mucosa que cubre a los bordes. Además de éstos, existen muchos otros factores con los que debe armonizar el recubrimiento de la dentadura.¹⁵

Técnica E

Relación céntrica

La oclusión céntrica existente (intercuspidación), se debe usar como medio para asentar la dentadura mandibular durante la impresión secundaria. La oclusión se debe corregir al establecer la nueva dimensión vertical oclusal.

Preparación de la dentadura

No especificada.

Sugerencia especial

La pérdida de la dimensión vertical se corrige al colocar un compuesto blando de modelado en las superficies oclusales de los dientes mandibulares posteriores. Se le debe pedir al paciente que pronuncie varias veces la letra "m". Después se debe enfriar, cortar y calentar un poco el registro, antes de regresarlo a la boca del paciente. Se debe repetir el procedimiento hasta que la dimensión vertical oclusal establecida sea satisfactoria para el



dentista. Después se debe hacer la impresión en la parte inferior. Después de vaciar la impresión y montar la dentadura inferior en el articulador, esta última se debe sacar y limpiar, eliminando cualquier socavado excesivo. Después se debe unir la dentadura inferior a la maxilar en una intercuspidad máxima.

En ese momento, se debe colocar un compuesto blando de modelado dentro de la dentadura mandibular y se cierra el articulador sobre el molde inferior hasta hacer un contacto con el pemo de la guía incisal. Con este procedimiento se transfiere a la base de la dentadura, la cantidad de dimensión vertical indicada por el grosor del compuesto de modelado en la superficie de los dientes mandibulares. En esta etapa se debe usar la dentadura mandibular como una cucharilla de impresión para hacer la impresión final.¹⁵

Impresión

Se sugiere usar compuesto de modelado en la primera etapa y óxido de zinc-eugenol para la impresión secundaria.

Ventajas

1) La pérdida de la dimensión vertical se puede compensar durante los procedimientos de recubrimiento. 2) durante las etapas de laboratorio, se puede reducir el error en la oclusión céntrica.

Desventajas

1) Esta técnica requiere de mucho tiempo tanto para los procedimientos clínicos como para los de laboratorio. 2) no es muy fidedigno el procedimiento para establecer la dimensión vertical oclusal.



4.2.10 Técnica de la impresión en boca abierta

En todas las técnicas mencionadas antes, la impresión final se hace con la boca cerrada. En cambio, la técnica de Boucher (técnica F), es la única descrita en los artículos médicos que explica un método para recubrir al mismo tiempo las dentaduras mandibular y maxilar. Por otra parte se ve, que en esta técnica las impresiones se hacen en forma independiente, sin utilizar la oclusión céntrica existente. De hecho las dentaduras se usan como cucharillas de impresión para hacer las impresiones secundarias.

Después de hacer las impresiones maxilar y mandibular, se obtiene un nuevo registro de la relación céntrica. Todo esto se hace en una cita.¹⁵

Técnica F

Relación céntrica

la relación maxilomandibular, se registra usando ambas dentaduras como base de registro después de tomar las impresiones mandibular y maxilar secundarias.¹⁵

Preparación de la dentadura

El sellado palatino posterior, se debe formar en el compuesto de modelado sobre la dentadura maxilar, antes de hacer ningún otro cambio en el lado hacia el tejido de la dentadura. Se debe dejar un espacio de 1 mm dentro de la dentadura para el nuevo material de la impresión. Los bordes se deben recortar 1 mm para permitir que el material de impresión forme un nuevo margen.¹⁵



Sugerencia especial

La dentadura inferior se debe preparar para la impresión de recubrimiento, exactamente de la misma manera en que se prepara una cucharilla de impresión para hacer una nueva dentadura. Se deben esmerilar las superficies bucales de las aletas linguales para minimizar la presión contra los bordes milohioideos y entre los tejidos del piso de la boca y el lado bucal de las aletas linguales. La aleta lingual entre las eminencias premilohioideas se debe recortar 1 mm. Después se hacen dos ranuras en cada lado bucal de las aletas linguales para facilitar la remoción de las eminencias retromilohioideas, después de vaciar el molde. El formar un asa con el compuesto modelado sobre los dientes anteriores inferiores, facilita el manejo de la dentadura al llevarla a la boca. Se debe pegar cinta adhesiva sobre las superficies pulidas de ambas dentaduras y sobre los dientes.¹⁵

Moldeado de los márgenes.- si las aletas son adecuadas, se deben corregir los márgenes con el compuesto de modelado.

Impresión

Se sugiere usar como material de impresión, óxido de zinc-eugenol con la siguiente técnica: "Exactamente 15 seg. Después de colocar la dentadura en la boca, se le debe pedir al paciente que estire su labio superior hacia abajo y que abra bien la boca. Estas acciones sirven para moldear el material de la impresión sobre el margen de la dentadura". La dentadura superior se debe dejar aparte hasta la impresión inferior.¹⁵



Ventajas

1) El resorte especial de la dentadura y dejar un espacio para el material de impresión, facilitan la elaboración de una impresión adecuada durante la técnica de impresión con presión selectiva sin que haya ninguna obstrucción oclusal. 2) el registro interoclusal individual que utiliza a las impresiones ya hechas como bases de registro permite que el dentista se concentre sólo en obtener el registro de la relación maxilomandibular. 3) si es necesario, es posible verificar el registro de la relación céntrica. 4) el registro interoclusal, hecho con yeso de fraguado rápido, es fidedigno.¹⁵

Desventajas

1) Aunque esta técnica parece sencilla, no es tan fácil realizar los procedimientos. 2) Esta técnica requiere mucho tiempo tanto clínico como de laboratorio.¹⁵

Técnica sugerida

En todas las técnicas descritas hasta aquí, el paciente tiene que dejar la dentadura fuera de su boca durante 24 a 72 hrs. antes de hacer la impresión; esto además del tiempo que tendrá que dejar la dentadura con el dentista después de la impresión. Está no es una situación agradable para los pacientes. Por otra parte, los pacientes casi siempre necesitan algunas citas para realizar ajustes. Estos se pueden minimizar con la siguiente técnica de recubrimiento sugerida, que se basa en el uso de resinas fluidas (materiales para acondicionador de tejido) como material de impresión. Existen varias pruebas clínicas, que demuestran que se puede obtener una impresión funcional satisfactoria con este material.¹⁵



Procedimientos clinicos a usar en la técnica sugerida

Se recomienda efectuar los siguientes procedimientos:

- 1.- Se debe instruir al paciente en todo lo relacionado con los procedimientos, en especial se le debe recordar que no use las dentaduras durante la noche. El paciente debe aceptar su responsabilidad en el plan de tratamiento.
- 2.- Se debe examinar con cuidado la dentadura anterior para corregir los errores en la oclusión, hasta obtener una oclusión céntrica (máxima intercuspidadación) satisfactoria, que coincida con la relación céntrica.
- 3.- La superficie basal de la dentadura se debe reducir para dejarle espacio al material acondicionador de tejido.
- 4.- Se debe secar dicha superficie antes de colocar el material en la dentadura.
- 5.-Se debe colocar una capa delgada del material acondicionador de tejido sobre la superficie hacia el tejido de la dentadura. Después, se inserta la dentadura en la boca, seguido esto de la técnica acostumbrada al usar acondicionadores de tejido. Después de sacar la dentadura de la boca, se debe recortar el acondicionador de tejido para eliminar todo el exceso de material. Se deben reducir los márgenes sobreextendidos, y corregir los vacíos en cualquiera de los márgenes de la dentadura al agregar material adicional con un cepillo. Después de esto, se vuelve a insertar la dentadura en la boca del paciente, y antes de que se vaya a su casa, se le explica como cuidar el recubrimiento flexible.



6.- Cuando el paciente regrese a consulta, después de tres a cinco días, se debe ver si existen zonas descubiertas. Si existen, se deben marcar con un lápiz indeleble. Después, se deben eliminar las áreas de presión en la dentadura y corregir los márgenes sobreextendidos con un compuesto de impresión, antes de recolocar el acondicionador de tejido.

7.- Dicho material se debe cambiar en forma periódica: no se debe permitir que permanezca en la dentadura por más de una semana, ya que el material mismo será una fuente de irritación. Cuando el tejido recupere su integridad, se debe hacer la cita para hacer las impresiones. En esta etapa, también se pueden utilizar impresiones de rebase con óxido de zinc-eugenol o hule de polisulfuro de consistencia ligera.

8.- Se debe reemplazar todo el material acondicionador de tejido sobre la superficie hacia el tejido de las dentaduras, con material nuevo. Se debe pedir al paciente que mientras que está en la sala de espera se coloque las dentaduras por lo menos durante 30 min., durante los cuales puede comer algo ligero, si lo desea. Si después de esto, no hay áreas de presión, se puede tomar esta impresión como la principal al recubrir las dentaduras. Sin embargo, se deben verificar bien las instrucciones del fabricante, ya que cuando ciertos productos son usados para hacer impresiones deben estar más tiempo en la boca.

9.- Los estudios de laboratorio demuestran que estos materiales comienzan a endurecer 30 min. después de que se mezclan y que no tienen ningún efecto activo después de 3 días. Por otra parte, la reproducción inicial de los detalles y la exactitud dimensional de estos materiales, es excelente. La dentadura ya con el material acondicionador en su lugar, se debe mantener en la boca durante 15 a 45 min. para asegurar un registro detallado. Si se mantiene por más de 60 min., disminuye la exactitud de la reproducción del detalle. Inmediatamente después de esto, se debe vaciar un molde, ya que el material experimentará algunos cambios en el detalle, aun cuando esté en un humidificador.



10.- Durante una de las citas, se debe hacer una transferencia exacta de la dentadura maxilar con el arco facial para conservarla para un posible uso en el futuro.¹⁵

Procedimiento de laboratorio

- 1.- Inmediatamente después de hacer la impresión final, se debe vaciar el molde.
- 2.- Se debe montar el molde maxilar en un articulador semiajustable usando el registro de transferencia con el arco facial. Para esto, también se puede usar una plantilla. Aunque esto último es más fácil de usar que el articulador, es menos exacto, en especial cuando se requiere un ajuste oclusal adicional.
- 3.- Se debe comparar la dentadura mandibular con la maxilar, al estar esta última montada en el articulador, por medio de un registro interoclusal.
- 4.- Si existe alguna discrepancia oclusal, se debe corregir antes de separar las impresiones de los moldes, por medio de esmerilado selectivo.
- 5.- Hasta esta etapa, los procedimientos de recubrimiento y rebase eran los mismos. En cambio, durante la fase de laboratorio de un procedimiento de rebase, todo el material de la base de la dentadura anterior, se debe reemplazar por uno nuevo, sin cambiar el alineamiento de los dientes. Los dientes de porcelana, facilitan mucho el procedimiento de rebase. Por lo tanto, si se usan dientes de resina, se debe hacer un recubrimiento, ya que es difícil rebasar una dentadura con dientes de resina.
- 6.- Al terminar de elaborar las dentaduras, se deben hacer moldes de yeso para remontaje y montar el molde maxilar en el articulador.¹⁵



Procedimiento de inserción

- 1.- Se debe usar una pasta indicadora de presión para localizar las zonas de presión, las cuales se deben utilizar con cuidado por medio de un esmerilado con piedras montadas.
- 2.- Se debe utilizar un registro interoclusal nuevo para montar la dentadura inferior en relación céntrica.
- 3.- Es necesario verificar el montaje antes de ajustar la oclusal.
- 4.- Con un esmerilado selectivo se puede perfeccionar la oclusión en dimensión vertical oclusal correcta.
- 5.- Antes de que finalice la cita inicial de inserción, se debe verificar otra vez la oclusión.¹⁵

Resumen

El recubrir y rebasar las bases de las dentaduras, en una dentadura completa, es un procedimiento complicado que requiere mucho criterio clínico y habilidad para lograr buenos resultados con el tratamiento. Con frecuencia, la medida terapéutica idónea es elaborar dentaduras nuevas utilizando una técnica bien fundamentada en especial cuando las bases de la dentadura estén sobreextendidas, cuando exista una gran pérdida en la dimensión vertical oclusal y cuando no coincidan la relación céntrica y la oclusión céntrica.¹⁵

En la actualidad, las resinas fluidas (material acondicionador de tejido) son el material de elección para obtener la restauración de la eficiencia masticatoria.



También, se puede hacer una impresión, la cual con frecuencia señala extensiones, en especial de las aletas linguales de la dentadura mandibular, que antes no se descubrieron. Se deben conocer bien las características de estos materiales para desarrollar la habilidad en su manejo.¹⁵

Los estudios clínicos muestran que el material acondicionador de tejido usado con una técnica de impresión de boca cerrada, o hule de polisulfuro de consistencia ligera usado con las técnicas de boca cerrada o abierta, producen menos desplazamiento tridimensional de la dentadura, en comparación con el hule de polisulfuro de consistencia regular o los materiales de impresión de óxido de zinc- eugenol. Así mismo, dichos materiales de impresión usados con las técnicas de boca cerrada o abierta no afectaron en forma significativa el desplazamiento de la dentadura maxilar. La dentadura completa con recubrimiento, se debe volver a montar en el articulador para perfeccionar su oclusión y eliminar las obstrucciones oclusales que resulten del desplazamiento tridimensional que la dentadura durante el recubrimiento de la base.

El recubrimiento de la base y el rebase no son el sustituto ideal de unas dentaduras nuevas. Sin embargo, las dentaduras recubiertas o con rebase, deben recibir la misma atención que unas mismas que una dentaduras nuevas, además de que se debe revisar en forma periódica a los pacientes con la frecuencia que sea necesaria para valorar los tejidos y las relaciones mandibulares.¹⁵



4.5 FÉRULA OCLUSAL

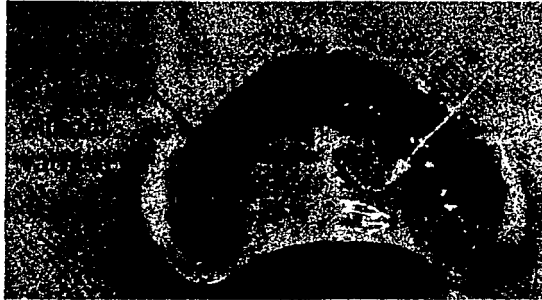
La férula oclusal también llamada guarda oclusa corresponde en su diseño básico a una férula de relajación con una oclusión equilibrada de los dientes posteriores. Se indica para aumentar la dimensión vertical presuntamente reducida y debe llevarse todo el día. La férula está indicada en aquellos casos en los que la dimensión vertical prevista antes de las medidas definitivas de cambio oclusal deban comprobarse en cuanto a su aceptación neuromuscular.²

El aumento de la dimensión vertical deseado se puede llevar a cabo en una o más fases, depende de la distancia interoclusal en la posición de reposo registrada. En caso de abrasión marcada, una distancia interoclusal de 4mm indica una adaptación muscular en la dimensión vertical reducida. Para no sobrepasar la capacidad de adaptación neuromuscular, se recomienda aumentar la dimensión vertical progresivamente en dos o tres pequeños pasos, complementados con estiramientos musculares estáticos y dinámicos hasta el valor total deseado. La ausencia de molestias y una nueva posición de reposo mandibular caracterizan la adaptación neuromuscular en la dimensión vertical modificada.¹⁶

Otro procedimiento mediante el cual se identifica dolor articular o ruidos, es pidiendo al paciente que haga movimiento protrusivo borde a borde y después el movimiento retrusivo por el mismo trayecto; ambos movimientos se inician en oclusión céntrica. Chasquido y crepitación se escuchan claramente con el uso del estetoscopio sobre las zonas de las articulaciones, pidiendo al paciente que haga movimientos de apertura y cierre, así como laterales derecho e izquierdo. En pacientes portadores de prótesis totales bien realizadas no se presentarán problemas en la articulación temporomandibular; en cambio los pacientes con prótesis desajustadas o con desgaste por uso, presentarán problemas articulares¹³ Cuando el paciente tiene una prótesis desajustada o con desgaste por uso, presentarán problemas articulares. Cuando el paciente tiene una prótesis mal realizada, lo que se debe hacer antes de volver a elaborar una nueva, es colocar una guarda oclusal, con el fin de llevar al paciente a relación céntrica.¹⁵



REBASE DE LA DENTADURA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



CONCLUSIONES

Se ha demostrado que los pacientes geriátricos que portan una dentadura total desajustada son propensos a una serie de factores patológicos como: Hiperplasia marginal, Úlcera traumática, Hiperplasia papilar, Estomatitis Protésica, Queilitis Angular e Hiperplasia Fibrosa. Puesto que las protodoncias totales tienen un periodo de eficiencia limitado que esta sujeto a cambios en el sistema estomatognático, el cual puede prevenirse utilizando materiales temporales cuya función principal es tratar de proteger y estabilizar los tejidos de soporte de la dentadura total, como son: acondicionadores de tejidos, rebases, así como férulas oclusales; acondicionando la mucosa oral irritada, hiperémica y desplazada así como el proceso residual subyacente lesionado sin tener que llegar a ningún tratamiento radical.

Debemos instruir al paciente geriátrico el cuidado y mantenimiento de estos materiales para maximizar su durabilidad y eficacia. Tomando siempre en cuenta el tiempo promedio de vida empleados en la elaboración de una protodoncia total y el momento en que es necesario reemplazarla por una nueva para así evitar las patologías ya antes mencionadas .

Como odontólogos debemos tener conciencia que la historia clínica es muy importante cuando se está tratando con pacientes geriátricos portadores de protodoncias totales y así poder tener conocimiento de cualquier anomalía tanto sistémica como estomatológica y poder ofrecer al paciente un diagnóstico y tratamiento oportuno.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 Bates J.F, Adams D, Stafford G.D. Tratamiento odontológico del paciente Geriátrico. Año 1986 editorial. Moderno S.A. DE C.V. Págs. 74-83.
- 2 Bumann Axel, Ulrich Lotzmann. Atlas de Diagnóstico y Principios terapéuticos en Odontología, edición original, Editorial Masson S.A. Págs. 314 y 315.
- 3 Carreira Piloto Victoria, Dra. Soraya E. Almagro Urrutia, Facultas de Estomatología, Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana La estomatitis en pacientes desdentados totales, Formato PDF, Recibido: 4 de Octubre del 2000 Aprobado: 10 de Noviembre del 2000.
- 4 Chang F, Syrjanen S, Kelokosky J, Syrjanen K. Human Papillomavirus (HPV) Infections and their Associations With Oral disease. J Oral Pathol Med. 1991; 20:305-17.
- 5 Jeganatham S. Ince Denture Stomatitis A review of the Etiology Diagnosis Managements. Aust Dent 1992; 50(43):163-9.
- 6 Miller L. Ernest. Prótesis Parcial Removible. Editorial Interamericana S.A. de C.V. México, D.F. 1986. Pags. 256-258.
- 7 Ozawa Deguchi Jose: Estomatología Geriátrica. Editorial Trillas. Primera Edición Original 1982. Págs. 287-425.
- 8 Ralph W. Phillips, MS.D.S, La Ciencia de los Materiales Dentales de Skinner, Novena Edición, 1993, Editorial Interamericana, Págs 212-214.
- 9 Regezzi A. Joseph, D.D.S., M.S., James Sciubba, D.M.D., Ph.D. Patología Bucal . Segunda Edición. 1995. Editorial Interamericana Págs 127-129.
- 10 Rivas Torres Francisco, Metodología Dental Básica, técnicas de laboratorio, tercera Edición, Editorial Salvat Editores, S.A. 1990 Págs. 25-31.
- 11 Rubler M.R, Shay K. Use of new as kay Technique for quantification of antifungal activity of nistatin Incorporated Indenture Tissues. J Prosth Dent. 1994; 71 (5): 517-524.

- 12 Sakki, T.K. Knuutila, M.L., Laara, E. and S.S. Anttila; the Association of years ts and denture Stomatitis with Behavioral and biologic factors. Oral Surg. 84:624-629, 1997.
- 13 Sanchez Cordero Pedro. Dentaduras Parciales y Completas. Segunda Edición 21 de Octubre de 1972, pags. 53-61.
- 14 Shafer, W., Hine, M., Levy, B., Tratado de Patología Bucal. Tercera Edición, Editorial Interamericana, México 1977, Págs. 82, 128-130. 140-149.
- 15 Sheldon Winkler. Prostodoncia Total. Editorial Interamericana Edición Original 1982. Págs. 70-86.
- 16 Takane Watanabe Manuel, Dentaduras Funcionales, Primera Edición 1998 Universidad Nacional de México, impreso y hecho en México, Págs. 26-30.
- 17 Vickers, R.A.; Thomas Oral Pathology. Gorlin R.J. AND Golgman Mesenchymal (Soft Tissue) Tumours of the Oral Region, 6th Ed. St Louis C.V. Mosbr, 1970, Chap.
- 18 Wolfgang Druke, Bernd Klemt : Bases de la Prótesis Dental Total. Editorial Doyma. 1986. Págs 2-6.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**