

137



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTOMATOPATÍAS PROTÉSICAS.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**MARÍA GLORIA GONZÁLEZ RESÉNDIZ**

DIRECTORA: C.D. MA<sup>1</sup> ~~ISABEL~~ ZARZA SALINAS



MÉXICO, D. F.

2002



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.

**A MI MADRE QUE EN TODO MOMENTO ME TENDIO SU MANO, Y ME  
AYUDO A LLEGAR A ESTE MOMENTO.**

**CON UN PROFUNDO AGRADECIMIENTO A LA DRA ISABEL ZARZA  
SALINAS POR SU VALIOSA DIRECCIÓN EN LA REALIZACION DE ESTE  
TRABAJO.**

**AL H. JURADO.**

# I N D I C E

## Introducción

### Capitulo I

#### Cambios fisiológicos y estructurales en la cavidad bucal de paciente

##### Geriatrico

- |                  |   |
|------------------|---|
|                  | 1 |
| ▪ Dientes        | 2 |
| ▪ Hueso Alveolar | 2 |
| ▪ Resorción Ósea | 2 |
| ▪ Mucosa Oral    | 3 |

### Capitulo II

#### Estomatopatias Protésicas

- |  |    |
|--|----|
|  | 4  |
| ▪ Lesiones Posprotésicas y Para Protésicas                   | 6  |
| a. Las lesiones mas frecuentes por uso de dentaduras         | 8  |
| ▪ Hiperplasia Papilar  | 9  |
| a. Cándida Albicans y su relación con la hiperplasia papilar | 10 |
| ▪ Ulceras Traumáticas  | 12 |
| a. Lesiones Tisulares  | 15 |
| b. Factores Irritativos                                      | 16 |
| a. Lesiones Blancas  | 16 |
| c. Heridas en las Mucosas                                    | 17 |
| ▪ Hiperplasia Marginal                                       | 21 |
| ▪ Estomatitis Protésicas                                     | 23 |
| ▪ Queilitis Angular  | 24 |

▪ Hiperplasia Fibrosa	25
a. Atrofia Ósea	26
<b>Capitulo III</b>	
<b>Aspectos Relevantes en el Manejo del Paciente Geriátrico.</b>	<b>27</b>
a. Equilibrio Hídrico	28
b. Deficiencias de Calcio	29
c. Pérdida Proteica	31
d. Deficiencia de Vitamina C	31
<b>Capitulo IV</b>	
<b>Cambios en la Cavidad Oral por Padecimientos Crónicos.</b>	<b>33</b>
▪ Cambios en Pacientes con Diabetes Mellitus	33
▪ Anemia	35
▪ Trastornos Neurológicos	36
a. Parálisis Facial Y Agitante	36
b. Osteitis Deformante	36
c. Acromegalia	37
d. Disostosis Cleidocraneana	37
e. Síndrome Menopausico	39
<b>Capitulo V</b>	
<b>Los Procesos Sensitivos y su Relación con el Tratamiento Protésico.</b>	<b>40</b>

Capítulo VI	
Conocimientos y Hábitos de Uso y Conservación de las Prótesis	42
▪ Causas de Fracaso de las Prótesis	44
Conclusión	45
Apéndice	46
Bibliografía	48

## Introducción

En todo esfuerzo científico y tecnológico, el objetivo terminal y mas significativo, está encaminado a proporcionar esencialmente, el bienestar del hombre como individuo en todas las etapas de su vida. Dentro de este marco el concepto de salud es esencial y trascendente, entendiendo por salud el mas completo bienestar físico, mental y social. En el que se espera un resultado dinámico de adaptación ante nuevas situaciones, así como la respuesta a cada una de ellas respetando la propia individualidad, y considerando todas las variables que modifican estas respuestas. El índice de crecimiento de la población de la tercera edad, notoriamente va en aumento, y la problemática concerniente a los problemas bucales, es una de las causas más frecuentes de morbimortalidad, en este sector de la población. Se han realizado estadísticas, que reflejan el gran abandono en el que se encuentran estos pacientes, que al presentar procesos patológicos detectados en etapas tempranas de su aparición, se resolverían satisfactoria, pero esto no ocurre y evolucionan de tal manera que se convierten en casos complejos y delicados. Sobre todo que un paciente geriátrico siempre presentara varios padecimientos sistémicos. Y en consecuencia también ingiere varios fármacos. La Odontogeriatría es una rama de la odontología multi e interdisciplinaria, debido a que la vejez representa una serie de cambios en toda la integridad del individuo, y que no necesariamente son considerados patológicos. Es por esto que se requiere, cada vez, un conocimiento mas completo de lo que representa el paso de los años a través de cada individuo, así como las secuelas que

Deja. Y aun cuando los padecimientos de los ancianos son similares a los de individuos de otras edades, se puede afirmar que estos son mas frecuentes y de mayor complejidad.

# CAPITULO I

## CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y ESTRUCTURALES EN LA CAVIDAD BUCAL DE PACIENTE GERIATRICO

La gerontoestomatología, es la rama de la medicina que se encarga de estudiar las repercusiones anatomofisiológicas y patológicas en la cavidad bucal, provocadas por el envejecimiento.

En el estudio de las estructuras bucofaciales debe considerarse estos cambios, antes de colocar o adaptar una prótesis, ya que representan una dura prueba para los tejidos que se encuentran en un declive funcional.

Sabemos que el proceso del envejecimiento es irreversible y progresivo. Y el organismo del anciano debe acostumbrarse a nuevas situaciones, sin embargo en este proceso de adaptación y acostumbamiento hacia esas nuevas situaciones llegan a presentarse modificaciones patológicas o iatrogénicas, que a menudo complican la funcionabilidad y el éxito de un tratamiento.

Es entonces de vital importancia conocer las estructuras normales que deben prevalecer en una boca, así como los cambios que se originan en las diferentes etapas e la vida. Sólo conociendo ambos aspectos podremos establecer el marco de lo normal y lo anormal, lo fisiológico y lo patológico.

Considerando siempre que además el organismo del anciano siempre tendrá manifestaciones diferentes e individuales ante cualquier enfermedad.

Y que su fragilidad y vulnerabilidad aumentan al mismo tiempo que avanza su edad.

## DIENTES

La forma, el color, el tamaño de diversas estructuras de los dientes representan una respuesta de adaptación a los estímulos biológicos y mecánicos. Sirven para determinar la edad aproximada de una persona, así como para conocer los medios de adaptación de los tejidos de revestimiento hacia hábitos alimenticios e higiénicos.

En una dentición natural los vestigios que dejan los años de uso son la Atrición y la Erosión de los tejidos duros.

La dentina se vuelve mas dura y de color amarillo pardusco. Los bordes incisales y las cúspides de los dientes posteriores prácticamente llegan a desaparecer.

## HUESO ALVEOLAR

Aun cuando son muy escasos los ancianos que conservan su dentición natural ya sea parcial o totalmente, encontramos que quienes conservan sus dientes implantados en su alveolo, presentan lesiones atróficas que alteran las condiciones de los tejidos predisponiendo al organismo a la perdida de los dientes, si estos son sometidos a presiones y fuerzas masticatorias excesivas y traumáticas.

## RESORCION OSEA

Cuando se pierden las piezas dentales, el hueso alveolar pierde su función y tiende a resorberse, lenta y gradualmente. Este proceso se ve acelerado por la disminución de los osteoblastos, así como por la falta de estimulación normal del hueso.

La osteoporosis es un factor importante en este aspecto, ya que tiene un alto índice de frecuencia, sobre todo en las mujeres en la etapa posmenopáusicas.

## MUCOSA ORAL

Es característico en los ancianos encontrar mucosas con adelgazamiento y flacidez del tejido epitelial. Los músculos cutáneos faciales muestran signos de atrofia, que se acentúa conforme avanza la edad.

La secreción salival se vuelve casi mucosa y el fermento ptialino es escaso, dificultando el metabolismo y digestión de los azúcares.

La lengua llega a adquirir una fuerza impresionante, debido a que en una boca totalmente desdentada, cumple la importante función de desmenuzar los alimentos, para que estos puedan formar el bolo alimenticio.

Esta característica es importante tomarla en cuenta al rehabilitar protésicamente, ya que el paciente geriátrico edentulo, difícilmente controla los movimientos de la lengua, y si no se toman las medidas necesarias de control del tratamiento posprotésico, se pueden presentar lesiones en la lengua que degeneran con facilidad a un proceso maligno.

## CAPITULO II

### ESTOMATOPATIAS PROTESICAS

En toda rehabilitación protésica debemos considerar los trastornos desfavorables que por el uso de dentaduras parciales o totales, se pueden presentar. La aparición de lesiones así como su frecuencia se deben a factores iatrogénicos y predisponentes.

Las prótesis tienen un periodo de vida útil, que esta predeterminado primero por los cambios que sufren los tejidos de soporte así como por el seguimiento de las indicaciones en cuanto a higiene bucal y uso de las dentaduras, para que estas no se conviertan en agentes patógenos.

Esto, debido a que con frecuencia el agente causal de estas lesiones son los microorganismos que encuentran el ambiente favorable para proliferar, por lo tanto es importante conocer la biocompatibilidad y la eficacia clínica de los materiales utilizados, los cuales deben ser además de inertes desde el punto de vista bacteriológico también resistentes a la corrosión microbiana.

En múltiples estudios se ha observado la presencia en grandes cantidades de *Candida albicans* en la cara interna de las bases protésicas. Por sus características, forman espacios o nichos que permiten la acumulación de detritus alimenticios, microorganismos y células muertas, constituyéndose así la placa bacteriana, esta microcolonización se relaciona con la calidad de los materiales utilizados, el tiempo de uso de las prótesis, la composición química de estas y la presencia de estomatitis subprotésicas.

Mientras mayor sea el tiempo que permanece la prótesis en boca mayor es la penetración de microorganismos, esto se ve favorecido por el uso nocturno de las mismas..

## LESIONES POSPROTESICAS Y PARA PROTESICAS ACCION IATROGÉNICA DE LAS PROTESIS

Encontramos numerosos tipos de lesiones y reacciones en los tejidos mucosos y óseos que se presentan consecutivamente a la colocación de prótesis, en el anciano además de los cambios provocados por la edad nos enfrentamos también a cambios que se producen por padecimientos crónicos.

Es frecuente encontrar lesiones ulcerosas o erosivas que causan incomodidad y que a menudo traen como consecuencias agregadas el no uso de las prótesis así como la atrofia de las papilas gustativas a este efecto se suma la administración de múltiples fármacos que el individuo ingiere en el transcurso del día.

Se han hecho estudios comparativos de los cambios que se originan en los tejidos en personas desdentadas portadoras y no de prótesis. Estos han demostrado que durante los tres primeros años de colocación de prótesis aparecen desde simples cambios inflamatorios hasta grandes lesiones atróficas.

Durante los primeros seis meses de edentación sin prótesis el estrato corneo epitelial aparece ligeramente engrosado, y un año después de uso de dentaduras empieza cierto grado de hiperqueratosis y engrosamiento de el estrato espinoso. A partir del tercer año aparece infiltración de células mononucleares, y del cuarto hasta el sexto año de uso el epitelio se engruesa considerablemente y el estrato corneo desaparece casi por completo.

Histoquímicamente durante el primer año de colocación de las prótesis el epitelio incrementa su actividad enzimática en todos los estratos y esta desciende progresivamente a partir del tercer año de uso.

El epitelio de revestimiento de las mucosas es del tipo escamoso estratificado su espesor es mayor que el del epitelio cutáneo. La queratinización solo afecta las zonas más expuestas a la fuerza masticatoria.

## LESIONES MAS FRECUENTES POR EL USO DE PRÓTESIS

Las lesiones provocadas por el uso de prótesis que se observan con mas frecuencia son las siguientes:

- 1.- hiperplasia papilar
- 2.- ulceras traumática
- 3.- hiperplasia marginal
- 4.- estomatitis protésica
- 5.- queilitis angular
- 6.- hiperplasia fibrosa

## **HIPERPLASIA PAPILAR**

También llamada papilomatosis o palatitis protésica. Se localiza básicamente en la mucosa del paladar duro, hay datos de frecuencia de aparición de esta lesión por el uso nocturno de las prótesis. Se ha demostrado una íntima relación entre las alteraciones oclusales y el desgaste de estas superficies que conlleva a un aumento del espacio libre.

Fisher la describió como lesión inflamatoria benigna causada por la irritación mecánica de prótesis desadaptadas y otros factores desconocidos.

Entre los factores etiológicos causantes de hiperplasia papilar podemos enumerar:

- A) Prótesis totales superiores desadaptadas**
- B) Uso por tiempo prolongado**
- C) Uso nocturno de las dentaduras**
- D) Higiene deficiente**
- E) Xerostomia**
- F) Factores predisponentes locales y generales**

## CANDIDA ALBICANS

### COMO FACTOR AGREGADO A LA HIPERPLASIA PAPILAR

La *Candida albicans* se encuentra presente en un 50% de los individuos, adquiriendo sus caracteres patógenos cuando encuentra el medio favorable para proliferar, este efecto se ve altamente favorecido cuando existen factores predisponentes locales y generales.

En biopsias realizadas a individuos que presentaron hiperplasia papilar, se encontró en un 67%. Presencia de *Candida albicans*. Esto lo explica su facilidad para alojarse en aquellas prótesis que constan de una cámara de vacío, así como en las rugosidades abundantes y prominentes del paladar.

Clínicamente se presenta la lesión sobre la mucosa del paladar duro pudiéndose extender a toda la zona de apoyo de la dentadura, se observa formando numerosas elevaciones papilares.

Se pueden encontrar dos variedades de hiperplasia papilar:

- 1.- papilar difusa: afecta el paladar y se presenta como pequeñas elevaciones, dando un aspecto verrugoso.
- 2.- polipoide o nodular: las personas no portadoras de Prótesis son quienes a menudo padecen esta lesión. Invade generalmente la parte posterior del paladar y

En ocasiones abarca hasta el paladar blando, se observa bien diferenciada y de mayor diámetro que la lesión difusa.

Esta lesión se debe diferenciar del carcinoma epidermoide y de la papilomatosis oral florida. Que es muy parecida a la hiperplasia papilar pero que en determinado momento puede presentar signos de malignidad, por lo que puede considerarse como un carcinoma intraepitelial o verrugoso de Akerman.

Esta lesión se observa con mas frecuencia en individuos portadores de dentaduras elaboradas en resinas acrílicas y en aquellos individuos en quienes la higiene bucal es deficiente. Así como el uso de la misma prótesis durante muchos años.

## ULCERAS TRAUMATICAS

Este tipo de lesiones son las mas comúnmente encontradas en la practica diaria. se presenta como una zona eritematosa cuyos limites corresponden a los bordes del agente que la esta produciendo. Clínicamente observamos una ulceración cubierta por fibrina con bordes enrojecidos y agrandados.

La forma aguda se presenta como una ulceración altamente dolorosa y generalmente su aparición es consecutiva a la colocación de prótesis nuevas. Como el paciente se encuentra en la etapa de adaptación es probable que el problema se soluciones en pocos días encontrando la causa y eliminándola por medio de un ajuste ligero.

Cuando la lesión se presenta en portadores de prótesis antiguas, casi siempre se trata de lesiones leves que ocasiona molestia moderada, la mucosa irritada se muestra eritematosa, luego empieza a engrosarse hasta convertirse en una zona hipertrofiada, y posteriormente diagnosticados como fibromas.

Este tipo de lesiones es provocada por: bordes cortantes de prótesis, dientes artificiales fracturados así como retenedores de las prótesis parciales igualmente fracturados. En este tipo de ulceraciones casi siempre hay microcolonizacion y en su mayoría por cándida.

Las ulceras traumáticas desaparecen eliminando la causa que las provoca, en condiciones normales, esto sucede entre 8 y 10 días, dejando una zona áspera a veces indurada.

El carcinoma es una ulcera que asienta en una zona indurada en la que se observa pérdida de sustancia.

Por lo tanto es de suma importancia la observación de toda ulcera que después de eliminar la causa traumatizante así como del tratamiento con antisépticos locales, si esta no desaparece en el término de diez días, se debe establecer el diagnóstico diferencial con epiteloma, mediante citología exfoliativa o biopsia.

Es necesario tener en cuenta:

- 1.- los epitelomas se localizan en zonas expuestas a Fricción.
- 2.- en antecedentes de cáncer oral a menudo los pacientes refieren aparición de úlceras que curan Y reaparecen.
- 3.- se ha observado cierta relación entre cáncer oral y Prótesis desajustadas.

La ulceración traumática generalmente se asocia a dentaduras completas en pacientes con muchos años de uso, y que no acuden a una revisión periódica. Con esta medida sería fácilmente detectable cualquier alteración antes de que adquiriera características incontrolables.

Las reacciones tisulares posteriores a la colocación de una prótesis, sobre todo en pacientes ancianos, son manifestaciones complicadas debido a que no conocemos exactamente la transición del estado de dentición normal al de edentación completa.

Estos cambios también se ven afectados por el estado general del paciente así como por los hábitos de higiene.

Las reacciones tisulares que afectan a las mucosas de la cavidad bucal las mencionaremos de la siguiente manera

- Reacciones tisulares propiamente dichas.
- De las heridas y lesiones mucosas.
- De las transformaciones malignas.

## LESIONES TISULARES..

Reacciones superficiales. El uso de una dentadura no lleva al engrosamiento de la capa cornea, la fricción de la prótesis provocaría que las células sufrieran un adelgazamiento el cual no se podría compensar con el crecimiento normal.

La queratinización actúa como protección del epitelio subyacente, contra los traumatismos bacterianos, químicos o tóxicos. A partir de cierto grado de irritación la queratinización desaparece dejando una mucosa de color rojo intenso estableciéndose un eritema que puede ser localizado o generalizado. Esta lesión se presenta en forma de maculas o papulas redondeadas de mucosa sana.

Se observan las siguientes reacciones generales:

- ✓ Edema: mucosa inflamada, tumefacta.
- ✓ Elementos purpúricos, petequiales y equimóticos.
- ✓ Erosión epitelial: color rojo vivo, hay pérdida de sustancia epitelial.
- ✓ Ulceración: pérdida profunda del revestimiento mucoso, en donde se observa el fondo recubierto por una sustancia espesa gris-amarillenta, con bordes irregulares. Los tejidos subyacentes quedan expuestos a infecciones

## **FACTORES IRRITATIVOS.**

### **Lesiones blancas:**

En ocasiones se observan fenómenos de paraqueratosis bajo las zonas de contacto de las prótesis. Cuando estas tienden a proliferar se establece un fenómeno patológico conocido como lesión blanca. Distinguiéndose dos tipos:

### **Leucoqueratosis:**

De extensión variable, de color blanco y opacas se localizan generalmente en las zona de apoyo de las dentaduras, principalmente en los rebordes residuales y en las superficies palatinas.

### **Leucoplasias:**

Son placas blancas induradas, provocadas a menudo por una distancia vertical de oclusión aumentada. Bruxismo, inestabilidad de la dentadura. Tabaco y alcohol.

## HERIDAS EN LAS MUCOSAS

### VESTÍBULO BUCAL

Estas lesiones se localizan en el vestíbulo labial y bucal, superior e inferior, provocando ardor intenso, e imposibilitando al portador el uso de la prótesis. Forma inicialmente una erosión que prontamente se convierte en una ulceración con fondo gris.

Las zonas mas frecuentemente afectadas son los frenillos labiales, el frenillo lingual así como las inserciones musculares del vestíbulo bucal. Generalmente las lesiones son provocadas por los bordes muy delgados y sobreentendidos de las prótesis así como la no liberación de los frenillos.

### VELO PALATINO

Se presentan dolores de variable intensidad y siempre se relacionan con la deglución. Esto es provocado por la sobreextensión de la base protésica cuando el velo palatino es vertical. O bien el borde de esta base tienen una terminación cortante.

### MUCOSA PALATINA

Hay percepción de ardor, quemazón y picazón en el paladar, y estos síntomas ceden al colocarse la prótesis. Es originado por una fuerza excesiva sobre el agujero palatino anterior que comprime la papila incisiva y produce congestión en las rugosidades del paladar.

También se observa inflamación de las papilas palatinas debido a que las prótesis se desplazan con cada movimiento de deglución, y tomemos en cuenta que un individuo en estado normal hace un promedio de 1200 degluciones en 24 hrs.

Los rebordes residuales edentulos pueden presentar puntos de contacto prematuro en la superficie oclusal. O bien en el reborde inferior, en el área retromolar, debe liberarse adecuadamente el ligamento pterigomandibular.

## CRESTAS OSEAS AGUDAS

Normalmente cuando se hacen extracciones el reborde residual permanece irregular, y al apoyarse la base protésica sobre estas crestas provoca dolor. también este puede ser provocado por la presencia de torus. Esta sintomatología debe ser tomada en cuenta muy precozmente, a fin de prevenir la resorción acelerada del hueso así como la formación de una mucosa flácida.

## MUCOSA DE CARRILLOS

Se llegan a producir lesiones por mordeduras por una inadecuada colocación de los dientes posteriores. Por contacto entre las bases protésicas superior e inferior en el espacio retromolar. Por cúspides agudas y por falta de adaptación.

## QUEILITIS COMISURAL

Una distancia vertical disminuida y dientes anteriores colocados lingualmente producen un hundimiento del músculo buccinador, en la mucosa y en la piel se producen arrugas y esto trae como consecuencias la irritación y la consecuente queilitis comisural. A esta lesión se le suma una invasión de candidiasis.

## MUCOSA LINGUAL

La lengua puede presentar serias lesiones que van desde un borde enrojecido hasta grandes ulceraciones provocadas por dientes artificiales con bordes agudos. Asperezas en el cuerpo de la prótesis. Colocación de los dientes posteriores que provocan mordedura.

Todos estos signos se agravan debido a la función de la lengua, que forma la parte mas importante del sistema de autoclisis de la cavidad bucal.

## TRANSFORMACIONES MALIGNAS

Es esencial detectar precozmente cualquier lesión que pudiera degenerar en un proceso maligno sobre todo que la mayoría de los pacientes portadores de dentaduras completas son de edad avanzada.

Parece difícil establecer un promedio de transformación maligna de las úlceras traumáticas de origen protésico, hay que reconocer que el anciano sufre de cancerofobia y esta provoca a menudo rechazo absoluto al uso de las prótesis.

## HIPERPLASÍA MARGINAL

Esta lesión es comúnmente conocida como *épolis fisurado*, *granulomatosis protésica* o *Fibromas del fondo vestibular*. Es generalmente asintomático y se asocia a una irritación crónica debida a bordes sobreextendidos o del adaptados de las dentaduras completas como resultado de la resorción del reborde óseo alveolar.

El epitelio reacciona formando tejido hiperplásico de reparación, en forma de pliegues ulcerosos. El tejido prolifera en la zona del surco, interfiriendo con la extensión de los bordes, reteniendo residuos alimenticios y propiciando la proliferación de los microorganismos.

Esta lesión suele presentarse alrededor de los bordes vestibulares al colocar una prótesis inmediata, de transición o de uso prolongado, debido a los cambios que se producen en los tejidos en cuanto a volumen, después de las extracciones, junto con la reparación ósea y la resorción de los bordes residuales 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 presión sobre la mucosa del vestíbulo causando así la hiperplasia marginal.

Esta lesión adquiere dos modalidades: la *fibromatosa* y la *papilomatosa*. En ambas su patogenicidad depende de la rapidez de su evolución, del diseño y acción del borde periférico, de los movimientos funcionales así como factores agregados del orden general.

Clínicamente se puede confundir con un papiloma o un fibroma, histológicamente el epitelio es ligeramente hiperplásico y a veces ulcerado, sin embargo el agrandamiento es el resultado de la proliferación de tejido fibroso y de inflamación.

## ESTOMATITIS PROTESICA

La estomatitis subprótesis o estomatitis protésica, clínicamente se presenta como una mucosa enrojecida, brillante y con granulaciones. histopatológicamente hay aumento del volumen inter o intracelular provocando edema, el cual probablemente aumenta la presión traumática bajo la prótesis, y de esta manera se producen cambios tisulares de orden degenerativo.

ya se han estudiado los cambios que sufren en los tejidos de soporte, los individuos portadores de dentaduras y los no portadores. de esta manera podemos observar entre las causas que originan esta lesión factores traumáticos, tóxicos, microbiológicos, alérgicos y sistémicos.

bustz-jorgensen consideraron como factores predominantes de la estomatitis el trauma causado por la prótesis y su asociación con microorganismos, especialmente monilia.

En general coinciden en que las prótesis alteran las condiciones normales de una boca desdentada, sugieren la microcolonización de una gran variedad de gérmenes, así como sostienen que los componentes de la resina acrílica pueden ser alérgenos por naturaleza.

Sin embargo siempre deben eliminarse previamente las posibles causas locales o generales.

Las estomatitis se han clasificado en:

- Tipo I puntos de hiperemia
- Tipo II eritema difuso
- Tipo III inflamación granular o papilar hiperplásica

## QUEILITIS ANGULAR

Con este termino se englobaban una serie de manifestaciones inflamatorias, erosivas, ulcerosas y costrosas localizadas en los ángulos de la boca.

Esta lesión es multicausal, ya que se ha observado en presencia de padecimientos sistémicos, deficiencias nutricionales, disminución de la distancia maxilomandibular, prótesis inadecuadas o estímulos irritativos locales.

También se ha observado en reacciones de tipo alérgico por cosméticos, fármacos o acrílicos.

Se asocia con una disminución de riboflavina y una marcada xerostomia, esto con la asociación de *Candida albicans*. Como principal agente causal.

Según su etiología encontramos la siguiente tabla:

- **Queilitis activa:** se observa en individuos sensibles a los rayos actínicos, predispone a una leucoplasia o cáncer.
- **Queilitis por irritación,** por aplicación de agentes cáusticos.
- **Disminución de la distancia vertical,** que produce fisuras en las comisuras.
- **Queilosis,** deficiencia de complejo b.
- **Síndrome de Plummer-Vinson** es semejante a una avitaminosis B.

## HIPERPLASIA FIBROSA

Randall, afirmó que "siempre que se presenta hiperplasia fibrosa o mucosa debe pensarse en atrofia ósea". Este es el resultado de la resorción del reborde residual provocado una dentadura completa desajustada, debido a las fuerzas oclusales desequilibradas y constantes en una zona localizada.

Habitualmente cada prótesis total superior que articula contra pocos dientes anteriores antagonistas inferiores naturales, provocara atrofia ósea con hiperplasia fibrosa en la porción anterior del reborde desdentado, o cubriendo el borde mandibular atrófico en filo de cuchillo.

En otro caso el traumatismo ocasionado por fuerzas excesivas, se localiza en la región anterior a consecuencia de una dentadura total superior que ocluye contra una prótesis parcial con extensiones distales bilaterales y que presentan resorción bajo sus bases de soporte.

Este efecto se observa también al emplear dientes anteriores de porcelana con dientes posteriores de resina, causándose una hiperoclusion de los dientes anteriores por desgaste de los de resina.

Los casos mas graves se presentan cuando, se instalan prótesis inmediatas y que no son reemplazadas en su oportunidad.

## ATROFIA OSEA

Conocida como Atrofia Ósea con Hiperplasia fibrosa, donde el traumatismo protésico es factor determinante, debido a que la presión a la que esta sometida la mucosa, es paralela a los tejidos óseos subyacentes. En los individuos portadores de dentaduras completas y de uso continuo se observa una mayor resorción, que en aquellos que dejan intervalos de reposo sin la prótesis en boca, ya sea por las noches o por intervalos de tiempo.

El proceso de resorción ósea, posterior a la perdida dental, se debe a la supresión de estímulos normales en el hueso, y que en condiciones normales este estímulo lo proporciona el proceso de masticación.

Por otra parte se observa una marcada disminución de osteoblastos y un aumento de osteoclastos.

El balance negativo del calcio que es característico en los ancianos, puede deberse a una causa hormonal y a complicaciones adicionales, por deficiencias nutricionales o por absorción intestinal defectuosa.

### CAPITULO III

#### ASPECTOS EN EL MANEJO DEL PACIENTE REHABILITADO PROTESICAMENTE

El diagnóstico y tratamiento son la base del éxito de cualquier tratamiento odontológico, se debe tomar en cuenta el bienestar del individuo en su conjunto, y determinar si se trata de problemas reales o imaginarios del paciente, y así saber si el problema dental es parte de un trastorno sistémico o emocional.

cuando tenemos el candidato a portar una prótesis ya sea parcial o total, se debe de tomar en consideración, el estado de salud periodontal, un estricto control de placa dentobacteriana, aumento de la movilidad por pérdida ósea, estas son contraindicaciones para poder restaurar protesicamente.

La realidad del paciente rehabilitado con dentaduras o prótesis parciales, es enfrentarse a un aumento del depósito de placa en los aparatos protésicos, y es responsabilidad del especialista, la construcción y diseño de una dentadura que reduzca las zonas de colonización bacteriana.

El paciente periodontal que se presenta como candidato para prótesis removible, tiene un historial de susceptibilidad a la microflora bacteriana y la inflamación resultante, que contribuye a la pérdida del soporte o a la eventual pérdida de dientes, es de suma importancia que el paciente lleve un estricto régimen de higiene, así como visitas periódicas de revisión. Estas consideraciones llevadas a la práctica rompen con el mito de que las prótesis parciales o totales, contribuyen al deterioro. Por el contrario si es correctamente llevado el tratamiento, contribuirán a estabilizar los dientes móviles y a suministrar una dentición funcional y estética.

Si los factores de placa, y profundidad de bolsas, las fuerzas transmitidas a los dientes remanentes y la cobertura de tejidos son controlados por el terapeuta, es concebible que el pronóstico es favorable a largo plazo.

Uno de los objetivos de las prótesis es conservar los dientes remanentes y devolver la función al aparato masticatorio. La tolerancia de los tejidos condiciona, tanto el éxito de la prótesis como el diseño y la oclusión, los tejidos mal nutridos que son quienes soportaran una prótesis son directamente responsables y sobre todo en pacientes de edad madura o ancianos.

En la madures o ancianidad, pueden presentarse cuatro deficiencias que Llevan a un deterioro tisular en los tejidos que soportan una dentadura. Estas a menudo llevan al fracaso del tratamiento protésico, aun cuando estén elaborados con altas exigencias técnicas. Pueden provocar serias lesiones en los tejidos, ya sea por mal ajuste de la prótesis, por falta de revisión posterior, a la colocación de estas, o por falta de educación del paciente que se inicia en el uso de aparatos protésicos, estas deficiencias se enumeran a continuación.

#### EQUILIBIRO HIDRICO NEGATIVO.

El agua es el elemento nutricio más importante esencial en la dieta del ser humano. El cuerpo puede sobrevivir semanas sin proteínas, carbohidratos, grasas, minerales y vitaminas pero la falta de agua, en dos semanas puede incluso llevar a la muerte.

el agua perdida por todas las funciones fisiológicas del organismo debe ser restituida cada día, mediante una ingesta adecuada. El anciano especialmente es sensible a un desequilibrio negativo de agua, causada por una pérdida hídrica excesiva ya sea provocada por unos riñones ineficientes o bien alterados. Es de suma importancia detectar a un paciente en estado de deshidratación ya que se le observa cansado, piel, ojos y mucosas se notan secas e irritables. El agua en la saliva es esencial en el proceso de la masticación para preparar los alimentos para su procesamiento.

Por el desequilibrio hídrico los tejidos subcutáneos y musculares se vuelven finos y fibrosos, disminuyendo su longitud provocando cierta rigidez en el contorno bucal y facial.. aspecto importante para tomar en cuenta al colocar una prótesis.

También las secreciones se ven disminuidas y muy frecuentemente la xerostomía hace que un paciente se vuelva intolerable a las prótesis debido a que la envoltura oral debe ser húmeda templada, la mucosa firme, elástica y resistente a las abrasiones, y sin embargo en estas condiciones, la sensación de quemadura y ardor es inevitable.

#### **DEFICIENCIAS DE CALCIO.**

Debido a que una prótesis depende de la integridad de los tejidos de soporte analizaremos de que manera la deficiencia de calcio afecta a estas estructuras de soporte, encontramos en los pacientes de edad avanzada un alto índice de osteoporosis y más común en las mujeres posmenopáusicas. este padecimiento esta originado por una baja ingesta de calcio, en muchos

De los pacientes la intolerancia a la leche es frecuente o bien este se origina por falta de absorción del calcio. Los minerales deben estar presentes en forma soluble para que el organismo los pueda aprovechar en el tracto digestivo y llevarlos al torrente sanguíneo, de tal manera que la cantidad necesaria llegue a las células formadoras de hueso. Aun cuando hay una ingesta adecuada este puede no ser absorbido por falta de ácido clorhídrico en el estomago.

El ácido estomacal y la acidez duodenal disminuyen con la edad. En el segundo segmento del intestino delgado se secreta la lactosa, la intolerancia a esta debido a la ausencia de lactasa, que es la enzima que la degrada, les produce a menudo diarrea, flatulencia e incomodidad. Razón por la cual procuran evitar ingerir estos alimentos tan necesarios en su dieta.

Por otra parte en la mujer posmenopáusica, el bajo nivel de estrógenos evita que las células formadoras de hueso utilicen el calcio, esta es la causa del alto índice de osteoporosis en la mujer. Se ha observado que el mismo hueso sirve como fuente interna de calcio, cuando las fuentes externas no aportan el requerimiento necesario para el organismo.

Las necesidades de calcio en los ancianos depende de las actividades fisiológicas y la cantidad de vitamina D en la dieta.

El fluoruro también es importante en el proceso de remineralización de los huesos desmineralizados.

Se ha indicado con buenos resultados pequeñas cantidades de fluoruro aunado a la terapéutica con calcio y vitamina D.

## PERDIDA PROTEICA.

La pérdida proteica en el anciano se manifiesta por una disminución considerable de masa muscular que provoca disminución en la longitud de los músculos. Estos cambios son muy notorios en los músculos de la masticación debido a que notamos falta de flexibilidad y agilidad que provoca fatiga muscular. La más importante fuente de proteína se encuentra en carnes y pescados, estos deben hervirse y no freírse, ya que la cocción los prepara para que el tracto intestinal los procese con más facilidad. La fritura de estos coagula la proteína y la hace más difícil de digerir.

## DEFICIENCIAS DE VITAMINA C.

Esta es esencial para la síntesis de colágeno, componente estructural básico de tendones y ligamento periodontal y su presencia es fundamental en los procesos de cicatrización, la hipermovilidad de los dientes puede estar relacionada con una deficiencia de vitamina C.

Este análisis se circunscribe a aquellos elementos nutrientes que afectan directamente a los tejidos bucales y en consecuencia al resultado que se espera con el uso de aparatos protésicos.

Estos factores están documentados y apoyados con observaciones clínicas que hacen posible su inclusión en esta revisión documental.

El odontólogo debe conocer el estado nutricional del paciente y de igual manera detectar cualquier deficiencia que pudiera alterar las condiciones normales del entorno bucal sobre todo si se trata de pacientes que rebasan los 60 años de edad. Y que según las estadísticas son un alto porcentaje de pacientes que requieren atención odontológica integrada.

## CAPITULO IV

### CAMBIOS EN LA CAVIDAD ORAL POR PADECIMIENTOS CRÓNICOS.

#### CAMBIOS ORALES EN PACIENTES CON DIABÉTITES MELLITUS.

En la actualidad se ha aceptado la relación que existe entre diabetes mellitus y la cavidad oral.

El odontólogo debe evaluar física y emocionalmente al paciente diabético a fin de reducir el potencial de complicaciones que puede presentar en la cavidad bucal.

Clinicamente observaremos cambios en la estructura dental y en el flujo salival, la xerostomia es característica en estos pacientes, presentan inflamación bilateral asintomática de la glandula parotida que aumenta la viscosidad de la saliva. Tienen predisposición a caries en la región cervical y erosión en las caras linguales de los dientes anteriores.

Tienen susceptibilidad a la formación de calculo blanco-amarillo, así como a una marcada lesión periodontal con presencia de pólipos subgingivales.

El paciente diabético tiene un proceso de cicatrización disminuido, por lo tanto presenta cierta intolerancia a las prótesis, por la frecuente aparición de úlceras. Así como es susceptible de infecciones.

En la lengua suele presentar glosodinia, lengua con bordes indentados, frecuentemente infectada con cándida. Toda intervención bucal en el enfermo diabético debe manejarse con todo cuidado ya que estamos ante un paciente de alto riesgo.

La terapéutica con antibióticos excesivos les puede ocasionar infecciones sistémicas u orales por hongos.

El estrés puede modificar la curva de tolerancia al azúcar, ya que las descargas de epinefrina endógena sumadas a las administradas en una dosis de anestésico, pueden provocar una hipoglucemia.

## ANEMIA

Es un complejo sintomático caracterizado por una reducción de los hematíes y hemoglobina. En el anciano es de vital importancia mantener cifras adecuadas de eritrocitos y hemoglobina previniendo así que caigan en un cuadro anémico.

En la mayoría de los casos la anemia es un proceso patológico agregado a otros trastornos subordinados. La cavidad bucal del anciano a menudo presenta las manifestaciones de múltiples trastornos de orden general.

Signo característico, es la palidez de las mucosas, falta de la capa comea y ausencia de pigmentaciones.

Las manifestaciones por carencia de hierro son: fisuras comisurales muy dolorosas, lengua lisa, brillante y ardorosa así como dificultad a la deglución.

### ANEMIA PERNICIOSA POR CARENCIA DE VITAMINA B 12.

Manifestada por ardor en toda la boca y lengua, esta aparece inflamada, hay disminución del gusto, se toma color rojo granate y con las papilas turgentes, posteriormente se presentan ulceraciones y provocan la atrofia de la lengua.

Hay un tipo de anemia no pernicioso que a la administración de vitamina B 12, se corrigen los cambios tisulares pero no modifica la atrofia gástrica.

## **TRASTORNOS NEUROLÓGICOS.**

### **Parálisis facial y agitante.**

Existen trastornos neurológicos que deben considerarse antes de empezar un tratamiento protésico, toda vez que interferirán en la construcción adecuada de una prótesis. La parálisis del nervio facial así como la parálisis agitante o enfermedad de parkinson, se caracterizan por la alteración en la respuesta de los músculos. Los movimientos se realizan de forma deficiente o nula dificultando la masticación, deglución y fonación. La musculatura flácida no desplazara la base protésica pero si dificulta la retención. Se recomienda adiestrar al paciente con estos padecimientos a fin de lograr su fácil adaptación a las prótesis y en su caso si es necesario indicar el uso de acondicionadores tisulares.

### **Osteítis deformante o enfermedad de Paget.**

Caracterizada por una fase de destrucción ósea rápida que se sigue en el curso de los años a la formación de un tejido óseo de estructura afectada la cual distorsiona y deforma las partes afectadas. Bucalmente se presenta como crecimiento del maxilar superior especialmente en torno a las tuberosidades. En pacientes totalmente edentulos y que presentan esta patología se requieren modificaciones frecuentes a las dentaduras debido a los cambios constantes en los tejidos blandos y duros, que a menudo provocan úlceras o necrosis.

## **Acromegalia.**

Se presenta durante la edad avanzada y es causada por la secreción de hormona de crecimiento, que ocasiona el crecimiento de los huesos. En la cavidad oral los dientes sé sobreerupcionan y se acompaña de marcado sobrecrecimiento de los procesos alveolares.

Se puede presentar hipercementosis y osteoporosis que son características observadas en los dientes en forma de abanico. En la lengua se marcan los dientes y la bóveda palatina se aplana.

La migración dental predispone a enfermedad periodontal y a una maloclusion de clase III. En lo que respecta al tratamiento prostodontico en pacientes que presentan esta patología, se requiere de ajustes frecuentes para proporcionar alivio a las áreas lesionadas así como reequilibrar periódicamente la superficie oclusal.

De la misma manera es posible que se requiera de la construcción de nuevas dentaduras, de acuerdo a la proporción con la que crece el hueso y la variación de la distancia vertical.

## **Disostosis cleidocraneana.**

También conocida como enfermedad de Marie Sainton presenta manifestaciones bucales características como paladar profundo, angosto y ojival alta mente desfavorable para el apoyo de una base protésica, el maxilar superior puede estar desarrollado o restringido y ser menor en comparación con el maxilar inferior.

Un rasgo característico de este padecimiento es la permanencia de dientes desiguales y la consecuente erupción tardía de los dientes permanentes, así como tendencias a desarrollar dientes supernumerarios .

No hay contraindicaciones en la construcción de una prótesis, sin embargo el paciente debe estar bajo estricto control de detección de erupciones tardías y proceder a realizar el tratamiento correspondiente.

## Síndrome menopausico.

La menopausia es un fenómeno de cambios que ocurren en todo el organismo, estos cambios se dan por la falta de estrógenos y van a ocasionar entre otras alteraciones: atrofia de los genitales, del sistema urinario y de glándulas mamarias así como desarrollo de osteoporosis.

Este último padecimiento representa el mayor peligro para la salud de los ancianos sobre todo en la mujer, ya que cuando se acercan al fin de la función ovárica aumentan el riesgo a padecerla.

La enfermedad puede prevenirse mediante una terapia de reemplazo hormonal así como la ingesta adecuada de calcio y el incremento de la actividad física.

En la cavidad bucal la osteoporosis del maxilar representa una contraindicación para la terapia de implantes.

## CAPITULO V

### LOS PROCESOS SENSITIVOS Y SU RELACION CON EL TRATAMIENTO PROTESICO.

Consideración de los procesos sensitivos en los pacientes geriátricos y su relación con el tratamiento protésico.

Se entiende por sensación la experiencia de los sentidos en el cuerpo: visión, audición, tacto, equilibrio. Olfato, gusto.

La célula receptora se especializa en responder a una forma particular de energía, esta debe ser de intensidad suficiente para que se produzca una respuesta. A partir de este estímulo el cerebro crea la experiencia sensitiva.

En el anciano que es portador reciente de dentaduras completas frecuentemente se presenta el siguiente fenómeno: habiendo tomado todas las consideraciones en cuanto a fonética, estética y función se refiere, el paciente presenta dificultades para hablar, después de un lapso razonable, todo esto podría estar en relación con una pérdida de la sensación auditiva.

En personas de mas de 50 años, con una audición normal en ocasiones presentan dificultades para acostumbrarse a hablar con dentaduras nuevas. , Y generalmente se debe a una pérdida de la sensación de la superficie palatina durante la pronunciación de algunas consonantes.

Al colocar una prótesis la lengua contacta con un material extraño en lugar del paladar al que estaba acostumbrada, requiriéndose de esta manera un lecho adecuado para la lengua.

De igual manera las sensaciones de frío, calor, presión y dolor también pueden estar alteradas, y esto es observable cuando al colocar una

Dentadura que aparentemente no presenta problemas en su construcción, y que al cabo de unos días aparece el tejido irritado o ulcerado, y que en ocasiones el paciente no ha notado por pérdida de sensibilidad.

El olfato y el gusto también se llegan a deteriorar, cuando no se perciben los olores el apetito no se estimula, y con frecuencia los pacientes creen que las dentaduras interfieren y disminuyen estas funciones. Siendo que las papilas gustativas se disminuyen y atrofian con la edad.

Todo el entorno debe estar en perfecta conjunción la vista y el olfato estimulan la salivación, la salivación aumenta el gusto y este a su vez incrementa el apetito.

## CAPITULO VI

### EDUCACIÓN DEL PACIENTE PORTADOR DE PRÓTESIS

El paciente que se inicia en el uso de prótesis debe asimilar en primer termino, que estará expuesto a nuevas sensaciones y experiencias. Por lo general toda prótesis nueva requiere de ajustes que son necesarios desde el primer día de uso. Los cuidados y la atención que se preste en esta etapa del tratamiento logran la total aceptación de este, y evitan que se presenten reacciones inesperadas o desfavorables al pronóstico del tratamiento.

Un paciente informado es la clave de la prevención, tan importante en estos casos ya que un problema detectado a tiempo evitara complicaciones.

Se necesita tiempo para aprender a controlar una prótesis, y sobre todo a aprender a controlar las sensaciones, el organismo detecta un cuerpo extraño y por lo tanto empieza a reaccionar, aumentando la secreción salival y por tanto el número de degluciones. Esta es una reacción normal del organismo que únicamente requiere acostumbramiento.

La alimentación es muy importante, cosa que a menudo los pacientes cuestionan, porque recomendar una dieta blanda si lo que un paciente, que se ha sometido a un tratamiento protésico quiere es aumentar su consumo de alimentos que por falta de dientes no podía consumir. Y a menudo esto hace que pierdan el interés en el uso de la nueva prótesis. Este aspecto es de mucha importancia porque, cuando no tiene un paciente suficiente información y en los primeros días de uso de su prótesis llega a presentar.

Alguna molestia, la reacción inicial es dejar de usarla y si esta actitud se repite frecuentemente, el organismo nunca se acostumbra. Este problema se presenta también con frecuencia en pacientes portadores de prótesis muy antiguas, que aun cuando presenta serios desajustes no ocasionan ninguna molestia.

El ser insistentes en las medidas higiénicas tanto de la prótesis como de todo el entorno bucal, es altamente aceptable ya que es mejor, que enfrentarse a las reacciones del organismo que inician en estadios normales pero pueden complicarse y desencadenar procesos malignos.

De igual manera hacer hincapié en que el control posterior a la colocación de una prótesis, no termina con el acostumbramiento hacia la nueva situación, sino que se prolonga el tiempo necesario hasta requerir de un nuevo tratamiento, porque es entonces cuando hay que recordar que el individuo cambia y sus requerimientos también.

## CAUSAS FRECUENTES DEL FRACASO DEL TRATAMIENTO PROTÉSICO

La realización de cualquier tratamiento por simple o complejo que se presente, representa para la vida profesional siempre un reto, que no siempre quiere decir éxito. Los avances de la medicina y de la odontología ponen a nuestro alcance infinidad de procedimientos así como una amplia gama de materiales utilizables según el requerimiento de cada individuo, con el fin de obtener el resultado siempre favorable.

El término de fracaso no debiera existir, si profesionalmente se está preparado para llevar a cabo cualquier procedimiento, si se han estudiado todas las posibilidades para el caso particular, si se han tomado todas las precauciones cuando, se trate de pacientes de alto riesgo, y sobre todo si se ha considerado al individuo en toda su integridad.

La vida es movimiento, y todo lo que se mueve cambia, el hombre desde épocas remotas ha intentado detener este movimiento, pero si algún día lo lograra, se acabaría la vida.

## CONCLUSIÓN

El campo de la investigación en el área de las ciencias, y en la que nos ocupa que son las ciencias odontológicas, llevan a cabo grandes esfuerzos por desarrollar nuevas estrategias, procedimientos y materiales a fin de lograr la completa readaptación de un organismo con su medio bio-psico-social.

Pero éste objetivo claramente establecido, no se puede lograr si antes no logramos un cambio de actitud en el individuo, y para lograr esto se tiene que empezar en la niñez.

En ocasiones un cambio de actitudes en el paciente mayor, resulta difícil. Por lo tanto el profesional debe encontrar los canales adecuados para lograr una buena comunicación odontólogo-paciente.

Cuando ésta buena comunicación es establecida, podemos entonces decir que gran parte del tratamiento está asegurado.

Algunos de los problemas que se presentan posteriores a un tratamiento, pueden evitarse logrando establecer en el individuo un estricto concepto de conservación y observación, porque no olvidemos que el paciente sobre todo el adulto mayor está en constantes cambios, que aun cuando estos no sean patológicos merecen nuestra atención, haciendo una vez mas posible, la prevención.

No olvidemos también que el hombre en general representa un constante cambio, pues la vida en si lo es, el envejecimiento entonces es un cambio, es un paso más en la vida que cuanto mas preparados estemos para darlo, mejor será nuestra respuesta hacia el.

"EL TIEMPO ES ETERNO, LA VIDA NO"

## APÉNDICE

### LESIONES QUE TIENEN SU ORIGEN EN EL USO DE DENTADURAS PROTÉSICAS DEFECTUOSAS

De la frecuencia con la que se registra el cáncer de cabeza y cuello, un 30% corresponde al cáncer oral.

El 95% de las lesiones corresponden al Carcinoma Epidermoide del Borde de la Lengua, Piso de la Boca y Trígono Retromolar. Entre los factores de riesgo se encuentran fumadores y consumidores de alcohol, entre 45 y 65 años de edad, mostrando cierta incidencia en varones, y en portadores de prótesis defectuosas.

Es recomendable una exploración exhaustiva de la cavidad oral, a fin de diagnosticar precozmente cualquier lesión que pudiera degenerar en un proceso maligno.

La ausencia de síntomas específicos, crea en el paciente cierta confianza por la cual un proceso avanza silenciosamente. El 50% de los casos acuden a revisión cuando ya se encuentran en un estadio III Y IV.

Merecen nuestra atención las úlceras que tardan mas de 10 días en reparar, así como el Eritema aun cuando se considera falta de queratinización. La Leucoplasia que en un 6% de los casos, son diagnosticados como carcinomas.

Las lesiones eritoplásicas deben diferenciarse de las lesiones traumáticas o inflamatorias locales causadas por irritación protésica.

Dado que el Cáncer Oral tiene una variabilidad muy amplia, el único recurso que tenemos para mejorar los resultados es el Diagnóstico Precoz, así como la Biopsia es el único medio para certificar su presencia.

## CONOCIMIENTOS Y HABITOS DE USO EN LOS PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS

Las acciones de educación para la salud bucal no siempre cumplen los requisitos de calidad indispensables para modificar las conductas nocivas de la población. Un estudio descriptivo realizado a 100 pacientes portadores de prótesis removibles que acudieron al Servicio de Estomatología en el Hospital Militar "Dr. Joaquín Castillo Duany", en Santiago de Cuba, con el objetivo de evaluar los conocimientos y hábitos relacionados, al uso, cuidados y conservación de sus dentaduras.

Según los resultados, se pudo comprobar que sólo una tercera parte de los encuestados, recibieron orientación por parte de los profesionales de la salud.

El 60% de los pacientes nunca retiran las prótesis por las noches.

El 80% de los casos utilizan prótesis con mas de 20 años de antigüedad.

El 45% de los pacientes acuden con su dentista, porque la prótesis produce alguna molestia, o sufrió alguna ruptura.

Tanto las medidas higiénicas, como el uso, cuidados y conservación de las prótesis dentales, son factores determinantes para evitar en los portadores la frecuencia de incidencia de caries en los dientes pilares, inflamación en las mucosas, y evitar lesiones consideradas premalignas.

A esta consideración debe dársele relevante importancia debido a que la mayoría de los portadores de prótesis, son adultos que rebasan los 60 años, y que sufren mayor vulnerabilidad a desarrollar procesos cancerosos en la cavidad bucal, y es de vital importancia remarcar que uno de los factores que contribuyen a la aparición de estas lesiones son precisamente el uso de dentaduras desajustadas.

## Bibliografía

- 1.- Ozawa Deguchi, José Y. "Estomatología Geriátrica". Ed. Trillas. México. 1994.
- 2.- Dykema Roland W. "Modern Practice in Removable Partial Prosthodontics". 1970.
- 3.- Myers George E. "Prótesis de Coronas Puentes". Ed. Labor. 1981.
- 4.- "Journal of Prosthetic Dentistry". Vol. 76 1996
- 5.- " Dentista y Paciente". Vol. 5. 1996.

## Referencia Bibliográfica.

Hospital Militar Docente Clínicoquirúrgico,  
"Dr. Joaquín Castillo Duany".

Dra. Mayda del Carmen Abreu de la Huerta  
Av. Buenos Aires Edif.. 23 Bloque 2, Apto.  
4,

Rpto. Rayayoga.

Santiago de Cuba. 1999.

Registro de Tumores de Cabeza y Cuello.

Servicio de otorrinolaringología.

Complejo Hospitalario.

"Juan Canalejo e Marítimo e Oza".

Sergas. A. Coruña, España.