

128
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PATOLOGIAS MAS FRECUENTES
ORIGINADAS POR PRÓTESIS
TOTALES EN EL PACIENTE
GERIÁTRICO**

Verso
Rodríguez

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MARIA DEL CARMEN RODRÍGUEZ PUGA

DIRECTOR: C.D. LUIS MIGUEL MENDOZA JOSÉ

SEMINARIO DE ODONTOGERIATRÍA



Ciudad Universitaria. México, D.F.

1999

TESIS CON
ALLA DE ORIGEN

271774



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 la Universidad Nacional Autónoma de México

Por mi formación en este proyecto como profesionista y por la oportunidad de estar en ésta.

A la Facultad de Odontología

Gracias ya que en ella encontré maestros, compañeros y experiencias, las cuales han colaborado en mi formación profesional

A todos mis profesores.

Que incondicionalmente han dado lo mejor de sí para continuar con mi desarrollo personal y académico.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES ORIGINADAS POR PRÓTESIS TOTALES EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

INDICE

Introducción

Capitulo I EL PACIENTE DE LA TERCERA EDAD	1
1.1. Puntos de valoración en el paciente geriátrico.....	2
1.2 Sistemico	8
1.3 Capacidad.....	11
1.4. Entorno	13
Capitulo II EXPLORACIÓN FÍSICA Y BUCAL	19
2.1 Exploración general de la cavidad oral	20
2.2 Exploración de la semimucosa labial	22
2.3 Exploración de carrillo sección anterior.....	23
2.4 Exploración de la lengua.....	25
2.5 Exploración del paladar y paladar blando.....	28
Capitulo III PATOLOGIAS MAS FRECUENTES CAUSADAS POR PROTESIS TOTALES	32
3.1 Candidiasis	34
3.2. Hiperplasia papilar o papilomatosis.....	47
3.3. Ulcera traumatica.....	51
3.4. Hiperplasia marginal	55

3.5. Estomatitis protésica	57
3.6. Queilitis angular	62
3.7. Hiperplasia fibrosa	65
Capítulo IV HIGIENE DE LA PRÓTESIS	67
4.1. INSTRUCCIONES AL PACIENTE.....	68
4.2. ASEPSIA DE LA DENTADURA	73
CONCLUSIONES	78
GLOSARIO	79
BIBLIOGRAFIA	81

INTRODUCCIÓN

Es innegable que los avances constantes en medicina han prolongado las expectativas de vida para la población en general. Lo que ha ocasionado que los profesionales de la salud nos enfrentemos actualmente aun grupo de pacientes geriátricos. Este grupo representa para el cirujano dentista, un nuevo reto.

Sin embargo nos hemos enfrentado a este grupo de pacientes desde hace mucho tiempo, ya que desde los Etruscos tenían ciertos conocimientos odontológicos, ya que en varias tumbas se encontraron dientes enlazados con alambres de oro, prótesis rudimentarias, dientes postizos sujetos con alambre formando dentaduras, dientes de marfil asentados en base de metal esmaltado. prótesis totales talladas en madera fina; lo cierto es que los pacientes geriátricos requieren de profesionales con un conocimiento mas amplio de las condiciones bucales de los pacientes seniles sistemáticamente comprometidos, como diabéticos, hipertensos, cardiopatas, etc. De igual manera, es importante conocer las diversas patologías que se presentan en la cavidad bucal, así como la interacción de los fármacos , materiales y medicamentos que podrían coadyuvar en su rehabilitación, la respuesta local y sistemática que se espera ante los procedimientos terapéuticos que se pretende implementar y todas las posibles consideraciones entre su salud general y oral.

También es indispensable conocer las condiciones bucales, de los tejidos blandos y óseos de los pacientes geriátricos para lograr una rehabilitación protésica adecuada ya que de no tomar en cuentas estos

factores podremos causar iatrogenias, patologías, y traumatismos con la colocación de las prótesis totales .

Es necesario insistir en la educación del paciente portador de prótesis total, realizando un examen exhaustivo y minucioso de la cavidad bucal y la mucosa bucal, en busca de afecciones y reacciones en los niveles mucoso y óseo consecutivas a la colocación de la prótesis total, por lo que es conveniente recordar al paciente una revisión periódica así como los cuidados que para esta se deben tener, de lo contrario puede presentar patologías de suma importancia.

Posteriormente describiremos con mayor detalle las causas y tratamientos de las patologías antes mencionadas, tomando en cuenta las capacidades de nuestros pacientes así como la capacitación del personal encargado de cuidado del paciente.



CAPITULO I

EL PACIENTE DE LA TERCERA EDAD

Dado el aumento de esperanza de vida en la actualidad es frecuente tratar en el consultorio dental con pacientes mayores de 65 años de edad, dichos pacientes constituyen un grupo particular y especial, en primer lugar por la acumulación de efectos fisiológicos patológicos, y traumáticos. De la misma manera es importante considerar las enfermedades sistémicas crónicas y los estados incapacitantes para proporcionar una atención adecuada, así como las deficiencias de salud del paciente, los innumerables tratamientos (polifarmacia) y sus secuelas.

Es importante llevar a cabo una valoración geriátrica para identificar la ponderación de todos los factores de la tercera edad antes de emprender el tratamiento. ⁽³²⁾

PUNTOS DE VALORACION EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

CAVIDAD BUCAL : Dientes, mucosa, membrana periodontal y hueso alveolar.

SISTEMICO : Cambios normativos de la edad.

CAPACIDADES: Capacidad funcional, cuidado de si mismo, transporte para acudir al consultorio dental y medios para desplazarse por si mismo dentro de este.

ENTORNO : Psicológico, social y económico. ⁽³²⁾



1.1.1 DIENTES

La revisión inicial de la cavidad bucal debe ser exhaustiva y minuciosa. De manera característica las piezas dentales de las personas de la tercera edad tienen trabajos de restauración que pueden mostrar signos de rotura marginal, fallas de material utilizado y otros signos de tratamientos anteriores. Por esta razón es importante considerar algunos aspectos que son: la forma, el color, el tamaño de las piezas dentarias, ya que representan una respuesta de adaptación a los estímulos biológicos de las necesidades humanas ⁽¹¹⁾.

Con la edad, además que el esmalte se desgasta, toma una coloración oscura, quizá esto se debe al oscurecimiento de la dentina subyacente cuando la dentina secundaria se desmenuza.

La dentina se vuelve menos permeable y se torna oscura con la edad, puede ocurrir una acumulación de la tinción superficial. El té y el tabaco son agentes de tinción particularmente potentes. Existe una tendencia a la aparición de grietas longitudinales en la corona y se asocian con pérdida del contenido de agua.

Los cambios dentarios con la edad hacen que el diente se vuelva más frágil, se cree que este cambio se debe a la obliteración de los túbulos dentinarios con dentina peritubular, formándose así dentina esclerótica; también se conoce como dentina translúcida provocando que se vuelvan más frágiles lo cual aumenta el peligro de fracturas dentarias en las raíces de los dientes de los pacientes geriátricos .



El borde incisal y las superficies oclusales de los dientes se van desgastando con el avance de los años y por el uso continuo; con el envejecimiento.

Por tanto los dientes se vuelven menos sensibles a instrumentación y pruebas de vitalidad. ⁽¹¹⁻¹³⁾

1.1.2. MUCOSA

La mucosa oral, en ocasiones constituye el revestimiento interno de la cavidad oral, una estructura anatómica extraordinariamente compleja donde tienen lugar diversas funciones orgánicas como la masticación y deglución de los alimentos, la secreción de la saliva o la fonación.

Esta cavidad oral aparece anatómicamente compartimentada en dos regiones o áreas: la llamada cavidad oral externa o vestíbulo oral, limitada en su porción exterior por los labios y las mejillas, y la cavidad oral interna o propiamente dicha, que está situada dentro de la arcada dental y que aparece delimitada del vestíbulo oral por las estructuras alveolares, que albergan dientes y encías.

De este modo la cavidad oral interna o cavidad oral propiamente dicha aparece limitada en su porción superior por el paladar duro y blando, mientras que el suelo de la boca y la base de la lengua forman su límite inferior. En su porción posterior los límites están conformados por los pilares de las fauces y las tonsilas o amígdalas palatinas.

Existen tres tipos de mucosa: masticatoria, de revestimiento y especializada. La mucosa oral presenta una coloración rosada brillante, si



bien pueden existir algunas modificaciones de la coloración condicionadas a una serie de factores, como son el grosor del epitelio, el grado de queratinización epitelial, la intensidad de la pigmentación melánica y el tono de la red vascular ubicada en el conjunto mucoso. ⁽¹⁾

▪ MANIFESTACIONES SENILES EN LA MUCOSA ORAL

Es característico de los ancianos que la atrofia de los rebordes residuales de los rebordes maxilares, coincide con un adelgazamiento y flacidez del epitelio de la mucosa oral, que se presenta brillante y desprendida de los planos óseos profundos; a la palpación digital o instrumentada se pone de manifiesto su gran movilidad y desplazamiento.

Saliva: La secreción de las glándulas salivales se ve disminuida por lo que dificulta la etapa bucal de metabolismo y digestión de los azúcares.

Lengua: En el anciano totalmente desdentado la lengua asume una función importante durante la formación de bolo alimenticio, y llega a adquirir gran fuerza y movilidad que le permiten desmenuzar muchos de los componentes elaborados de la dieta moderna al frccionarlos vigorosamente contra el paladar.

El examen de la cavidad bucal del anciano indica generalmente condiciones higiénicas y fisiológicas deficientes; que junto con la disminución de piezas dentarias hay manifestaciones de avitaminosis, parodontopatías, tártaro dentario, lengua saburral, movilidad en los dientes remanentes, ulceraciones de la mucosa y fragmentos radiculares. ⁽¹³⁾

Pero la mucosa bucal experimenta cambios por la edad similares a los que afectan a la mucosa en otras partes de organismo; influyendo



factores como el hábito de fumar, el uso de prótesis y la higiene bucal. En general la mucosa sufre atrofia en los ancianos, el epitelio se adelgaza y su diferenciación es deficiente con aumento del contenido de colágena en los tejidos subyacentes. Se reduce la queratinización de paladar y encías, y por el contrario los carrillos y labios tienden a queratinizarse. ⁽¹¹⁾

1.1.3. MEMBRANA PERIODONTAL

la mayor parte de las células y tejidos del cuerpo poseen diferencias estructurales y funcionales entre jóvenes y adultos, por lo cual no hay una clara relación causal que establezca los cambios viculados con la edad. ⁽¹⁸⁾

La característica genérica de la edad avanzada es la ausencia de dientes; sin embargo, un porcentaje de ancianos los conservan implantados en alvéolos con intensas lesiones atróficas, que les hacen perder su estabilidad y terminar en extracción. Dichas condiciones se ven agravadas porque la bioestática de los dientes remanentes en la boca, las cuales estan expuestas a fuerzas masticatorias excesivas y traumáticas, dando como resultado que el proceso de resorción alveolar se acelere, provocando en el anciano dolores de diversa intensidad debido a la movilidad de los dientes, a factores infecciosos e inflamatorios en el tejido parodontal y ocasionando de esta manera, una deficiente masticación a causa del dolor. ⁽¹³⁾

Por lo tanto es muy importante tomar en cuenta la membrana periodontal, la cual puede reaccionar al proceso de envejecimiento. Si la cavidad bucal no se conserva limpia, la acumulación de placa bacteriana afecta los tejidos, lo cual produce enfermedad periodontal; dando lugar a



la pérdida de los dientes con exposición radicular extensa cuando se pierde el apoyo óseo. ⁽¹¹⁾

1.1.4.HUESO ALVEOLAR

Cuando se pierde un diente, con frecuencia el hueso alveolar que los sostenía experimenta resorción osteoclástica. Por lo que el hueso alveolar sufre cambios crónico, progresivo e irreversible en el paciente geriátrico.

El hueso alveolar y la membrana periodontal son tolerantes a la tensión, pero cuando esta es excesiva por el uso de una prótesis total, las superficies óseas y los tejidos blandos que la cubren provocan una resorción del mismo .

En el maxilar inferior desdentado están presentes zonas de resorción y aposición sobre todas las superficies óseas pero el plan básico es muy diferente con la pérdida de los dientes naturales sea debido a caries , enfermedad periodontal, osteoporosis, u otras funciones las relaciones funcionales y estructurales de toda la mandíbula están involucradas en el cambio.

En el maxilar inferior edéntulo toda la dimensión horizontal del arco alveolar aumenta a causa de la resorción que se produce a lo largo del borde anterior de la rama y de la cresta temporal. Y también porque la protuberancia mentoniana tiene un tipo de remodelado por aposición.

La involución alveolar se efectúa por un movimiento de crecimiento del borde en forma de " V " invertida, y las trabéculas subyacentes se dirigen hacia el hueso basal del cuerpo mandibular.



Este fenómeno se produce debido a la resorción perióstica en la superficie del borde y aposición endóstica dentro de él, Por lo que el hueso cortical se mueve poco a poco hacia abajo " hacia arriba en el maxilar " es importante señalar que aparece un adición constructiva del hueso en los alveolos vacíos, mientras que al mismo tiempo ocurre remoción destructiva del hueso en la parte externa de los rebordes alveolares.

La pérdida de hueso alveolar puede considerarse patológica sólo cuando causa la pérdida de dientes y no cuando es el resultado de un proceso natural en respuesta a la fuerza física excesiva. ⁽¹¹⁾

Si en la arcada se pierde un solo diente y permanecen los dientes contiguos la pérdida ósea es menor que si se perdieran o se extrajeran al mismo tiempo. Si durante la extracción se lesiona el hueso alveolar la velocidad de resorción del mismo parece estar con el grado del daño. Las características de los alvéolos remanentes pueden tener una influencia determinante sobre la velocidad de resorción. El hueso previamente afectado por enfermedad periodontal se reabsorbe con mayor rapidez que el hueso sano en los ancianos.

La atrofia por desuso con frecuencia, se ven rebordes residuales planos distales a los dientes naturales, y muchos odontólogos han atribuido la reducción de reborde en estas regiones a atrofia por desuso. Sin embargo, la atrofia de los rebordes residuales aún no se ha demostrado en investigación controlada. ⁽¹²⁾



1.2 SISTEMICO

El tiempo deja su huella en todo ser viviente, y este principio se aplica a todos los niveles sucesivos de organización; moléculas, células, tejidos, órganos y organismos. La vida humana revela un periodo de desarrollo gradual de la eficacia corporal, que aumenta en la infancia y la adolescencia, hasta que se alcanza lo que llamamos madurez. Después de un largo período de poco cambio, se produce una disminución gradual en la potencialidad, especialmente la física.

Esto es lo que se conoce comúnmente con el nombre de periodo de senectud. El tiempo en el cual se hace evidente el cambio es muy variable y, realmente, muchos de los cambios pueden ocurrir en etapas tempranas, casi tan pronto como los seres humanos han pasado la adolescencia comienza el deterioro en algunos tejidos. Por lo que, la curva comienza a inclinarse hacia abajo ligeramente desde el punto de maduración. ⁽¹⁶⁾

**Cambios fisiológicos sistémicos con la edad ⁽¹⁶⁾**

Aparatos o sistemas	Cambios por la Edad
Piel	Disminución de la grasa subcutánea; atrofia de glándulas sudoríparas; arrugamiento y resequedad.
Ojos	Disminución del tamaño de la pupila; aumento de excrecencias oculares.
Oído	Disminución de la audición de frecuencias altas; aumento de la sensibilidad al ruido alto.
Nariz	Disminución del olfato.
Aparato Respiratorio	Disminución de la actividad ciliar bronquial; menor elasticidad pulmonar; reducción de la capacidad respiratoria máxima; disminución de la captación máxima de oxígeno; menor sensibilidad del reflejo de la tos.
Aparato Cardiovascular	Disminución de la elasticidad y adaptabilidad arterial; alteraciones escleróticas en aorta y válvulas; menor gasto cardíaco y respuesta de la frecuencia cardíaca al estrés.
Aparato Gastrointestinal	A Disminución del flujo salival; menor sensación del gusto; reducción de la acidez gástrica; disminución de la absorción de calcio; menor motilidad de colon.
Aparato Genitourinario	Atrofia y resequedad de la mucosa vaginal; respuesta sexual mas lenta; crecimiento de la próstata; menor número de glomérulos; reducción del flujo sanguíneo renal.



Cambios fisiológicos sistémicos con la edad

Organo o Sistema	Cambios por la Edad
Sistema Nervioso	Disminución del tamaño y peso del cerebro; actividad psicomotora más lenta; disminución de los reflejos de "enderezamiento"; menos horas nocturnas de sueño etapa 4 y movimientos oculares rápidos (MOR).
Aparato Musculoesquelético	Disminución de la masa ósea; reducción de la masa corporal magra.
Sistema Endocrino	Intolerancia a la glucosa; aumento de la respuesta de ADH; disminución de la secreción de estrógeno; menor respuesta de aldosterona y renina a la posición erecta y la restricción de sodio.
Aparato Inmunológico	Ausencia de secreción de hormona tímica; disminución de la función de las células T; aumento de anticuerpos.
General	Disminución del agua corporal total; menos masa corporal magra; aumento del porcentaje de grasa total del cuerpo; disminución de la estatura y el peso; encanecimiento.

1.3 CAPACIDAD

La atención odontológica en los ancianos pueden dividirse en tres grupos principales:

1. Los que se valen por si mismos, con estado de salud variable y que pueden acudir con el cirujano dentista.
2. Quienes viven con diversos grados de incapacidad.
3. Los que están siempre en casa.

GRUPO I, incluye el mayor número de pacientes, los que dependen de su propia capacidad para trasladarse al consultorio dental. Su asistencia quizá le favorezca el apoyo de familiares y amigos.

GRUPO II, tienen diversas dificultades y dependen de la institución en que viven. Una persona en un hospital geriátrico recibe atención en el servicio dental del mismo. A veces el tratamiento dental es proporcionado por un odontólogo general que visita el hospital en días determinados, por lo que casi siempre estos pacientes obtienen solución a sus problemas inmediatos, pero no se resuelven a largo plazo sus necesidades dentales. Los que viven en otras instituciones, dependen de ellos mismos para visitar o llamar al odontólogo.

Los del **GRUPO III**, son los que están siempre en casa, los consideramos así porque requieren de la ayuda mecánica como una silla de ruedas o de una andadera para poder acudir a su cita. De esta manera se ven obligados a permanecer en casa, por lo tanto, el estado dental de



quienes permanecen en casa es similar al de quienes viven en asilos y hospitales geriátricos. ⁽¹¹⁾

Sin embargo puede ser posible atender a estos pacientes contando con:

1. Vehículos equipados.
2. Pequeñas camionetas que puedan llevar el equipo necesario a muchos hogares.
3. Sillones dentales portátiles.
4. Cabezales especiales cuando el paciente permanezca en una silla de ruedas.
5. Reclinador para girar una silla de ruedas.
6. Disponer de un equipo de urgencias.
7. Instrumentos estériles fresas, etc.

El inconveniente es que esto representa problemas en lo referente al tiempo, equipo y economía. ⁽¹⁵⁾

El enfoque ideal podría ser estimular a los odontólogos generales a tratar pacientes geriátricos. Es necesario que los consultorios se ubiquen en planta baja y no tengan escaleras o que al acceso sea por elevador; es importante que haya instalaciones adecuadas para enfermos en sillas de ruedas. Alguna institución dental debe tener la relación de profesionistas que aceptan y puedan atender a estos pacientes⁽¹¹⁾.



El servicio dental de la comunidad debe proporcionar atención de respaldo a quienes permanecen en su casa o en instituciones y no pueden obtener tratamiento por otros medios.

La atención odontológica de ancianos en hospitales, asilos y casa privadas puede ser posible con vehículos equipados de manera adecuada para proporcionar el servicio en el lugar donde se encuentra el paciente. Pequeñas camionetas pueden llevar el equipo necesario a muchos hogares, pero en los hospitales donde no existe un quirófano adecuado, puede requerirse un trailer más grande. Se deben hacer todos los esfuerzos para ayudar a los familiares y amigos a aumentar la movilidad del paciente que permanece en casa, ya que esto reduce la demanda de servicios públicos. ⁽¹¹⁾

1.4. ENTORNO

1.4.1. PSICOLOGICO

El descubrimiento confirmado actualmente, de que el envejecimiento psicológico se determina de modo biológico o por el estado de salud sólo en una pequeña parte, y que en cambio está fuertemente influido por factores sociales y ecológicos, modifica en forma importante la investigación de los procesos de envejecimiento, que han sido considerados durante muchos tiempo como algo exclusivo de la medicina, al desempeñar quizá el papel más decisivo; el deseo de prolongar la vida de la manera más sana.

Envejecer exige una adaptación desde el punto de vista intelectual, pero también social y afectiva; la índole y el grado de adaptación están



determinados por las circunstancias biológicas y de la personalidad del individuo que envejece. ⁽²²⁾

▪ Relaciones psicológicas

En el campo psicodinámico, "el viejo reacciona ante su debilidad con una postura conservadora y rígida, y a veces con hipocondría"; busca crearse protecciones y la obtención de ventajas de una nueva condición

El hombre de edad se defiende contra la inseguridad que experimenta ante la transformación de su cuerpo mediante reacciones psicológicas: depresión, hipocondría, desconfianza, ideas paranoides, irritación, agresividad, rigidez, amnesia, lo que serían reacciones de defensa del "yo autodevaluado". ⁽²²⁾

Por lo cual existen factores en la psicología de la ancianidad, tales como:

1. El anciano ya no es en el hogar objeto del respeto y cariño que anteriormente se tributaba al abuelo.
2. La jubilación indiscriminada reduce a la inactividad a ancianos con capacidad de laborar.
3. La inactividad forzada produce en el anciano bien conservado un sentimiento de frustración y vulnerabilidad de las funciones psíquicas.
4. El rápido incremento de los trastornos psíquicos en el anciano se debe a estos factores sociológico: la situación de aislamiento, la soledad afectiva, la subestimación social, la inactividad profesional y la inseguridad económica. ⁽²²⁾



1.4.2. SOCIAL Y ECONOMICO

Cuando el ser humano envejece, ve con recelo que se acerca el momento de retirarse de los centros laborales; de las actividades retribuidas con dinero y de las satisfacciones que a través de éste y del desempeño del trabajo mismo ha podido tener en su vida de adulto joven, como sería haber ocupado cargos de jefatura u otras investiduras de alto rango; entonces es posible que se resista a jubilarse.

También es posible que para otras personas la jubilación represente el medio de liberarse de actividades en las que ha sido un objeto, una parte más, y no muy importante por cierto, de una gran maquinaria, lo que ha minado su alegría por realizar una actividad útil para la comunidad.

En el trabajo el hombre encuentra uno de los lazos de unión más fuertes entre él y un grupo social. Gracias al trabajo cumple papeles de status considerados valiosos: es una persona sana, fuerte y capaz para el desempeño de sus labores; por algo lo admitieron. Forma parte del grupo de población productiva; es importante porque participa en la economía nacional. Por el trabajo, obtiene los medios de proporcionar bienestar a su familia.

La jubilación genera importantes cambios de carácter económico, por la reducción de los ingresos, lo que con frecuencia provoca la necesidad de reajustar gastos, respecto a la alimentación, el vestido y la vivienda, asimismo se propicia el aislamiento, pues se rehuye del grupo de amigos al no poder solventar los gastos que esto significa, interrumpiendo bruscamente sus relaciones sociales; además la pensión, no muy



abundante de por sí, se acorta cada vez más por el impacto de procesos inflacionarios agudizados.

Se ha pretendido resolver los problemas de adaptación que trae consigo el retiro disminuyendo el promedio de edad para la jubilación. El argumento es bueno: "cuanto más joven es un hombre, se adaptará mejor a un cambio de vida y a aprender nuevas actividades"; pero esto exige un plan de alto nivel para realizar cursos de prejubilación que, aparte de aspectos psicológicos, sociales y médicos, incluyan la enseñanza de nuevas actividades y, lo que es más importante, los mecanismos para que dichas actividades sean remuneradas, contemplando que, a medida que envejezca más la persona, el volumen de actividad disminuya, pero aumente el monto de la jubilación, toda vez que lo obtenido por el trabajo no sería más que un complemento de la pensión. ⁽²³⁾

La acción social en favor de los ancianos no es obra de beneficencia. Tiene por objeto mejorar la actitud, muy negativa todavía, de la colectividad, hacia los ancianos.

Es necesario modificar de manera importante la opinión pública. Esto sólo es posible por medio de la educación de los jóvenes y la información de los adultos que están en plena actividad. Si las generaciones jóvenes respetan a las mayores y les permiten gozar, en la familia, el trabajo y la compañía, recursos materiales y morales que les son necesarios, se establecerán mejores relaciones entre los distintos grupos cronológicos de la sociedad y se habrá logrado un notable progreso entre los seres humanos.



Es preciso dedicar a los ancianos una mayor proporción del ingreso nacional, por lo que sería preciso aumentar el monto de las cuotas de jubilación para permitir el aumento de las pensiones. Es importante que las personas activas realicen un mayor esfuerzo y la colectividad reserve a los ancianos una parte de los beneficios obtenidos con los progresos técnicos y económicos. Además, los ancianos son capaces, durante mucho tiempo, de proporcionar a la colectividad servicios sumamente útiles: los mejores ejemplos están en el mundo intelectual y político. Pero, desafortunadamente, hay una aspiración generalizada entre los trabajadores asalariados a que la edad de jubilación sea más pronto, y esto aumenta al disponer de menor autonomía en el trabajo desempeñado. Pero esta esperanza, en cada nueve de diez casos, va unida a algún proyecto de actividad posterior al momento en que se logre la jubilación. En esas condiciones, la jubilación significa, muchas veces, pérdida de interés y regresión a las actividades socioespirituales previas

(23)



“... Se dice que muestra 'facultad de adaptación ... ha mermado un poco, que nos hemos adaptado a muchos cambios. Quizá crean que estamos felices y satisfechos ... Pero las puertas van cerrándose y se nos cierran todas. Las oportunidades escasean más cada día, sin cesar. Cuando tenía 40 años, el mundo era mi concha. Podía hacerlo todo. Pero cuando cumplí 50 años, empecé a advertir que quizá había llegado al límite de mis posibilidades. Y cuando llegué a los 60 años me puse a pensar en cuán cansado estaba. A los 70 años estaba preparado para vivir en una comunidad de jubilados. Y esa capacidad de aceptar y saber lo que sucede es lo importante. Pero en verdad no es nada fácil. Se los aseguro”.

CAPITULO II

EXPLORACIÓN FÍSICA Y BUCAL

Lo primero que debemos hacer ante un paciente es una historia clínica, para obtener el mayor número de datos personales referentes al propio paciente, y anteriores a la enfermedad actual.

La historia clínica y los elementos de diagnóstico son fundamentales para el examen de la cavidad bucal. La historia clínica puede comenzar por :

- ¿Que le aqueja?
- ¿Desde cuando?
- ¿A que lo atribuye?
- ¿Es usted alérgico?

Así como un amplio cuestionario de salud ,de preguntas cortas, en la que el paciente conteste si o no, al mismo tiempo que pueda escribir algún tipo de aclaración en su cita. ⁽²⁾

Una vez realizada la historia clínica, y tras los hallazgos detectados, tendremos que realizar una exploración física de la cavidad oral, la cual debe ser rigurosamente metódica y provista de conocimiento previo, de lo contrario nuestro tiempo y el de nuestro paciente serán pérdidas inútiles. Por lo cual hoy en día los cirujanos dentistas estamos obligados a realizar técnicas de examen bucal en nuestros pacientes y enseñar al paciente de una forma sencilla a que realicen su auto examen de la cavidad bucal con la finalidad de poder prevenir a tiempo cualquier alteración dentro de



la misma, ya que muchas veces pueden ser asintomáticas sobre todo en pacientes que son portadores de prótesis, fumadores, o pacientes de la tercera edad donde los cambios fisiológicos pueden comprometer su salud bucal. ⁽²⁾

2.1 EXPLORACION GENERAL DE LA CAVIDAD ORAL

Hemos de tener en cuenta que la exploración de la cavidad bucal debe realizarse como procedimiento de rutina antes de instaurar cualquier tipo de tratamiento dental.

Antes de entrar a una exploración detallada de cada uno de los órganos, aparatos, paredes y tejidos de la cavidad oral, hemos de tener una visión de conjunto, sin ocuparnos aun de los signos particulares que posteriormente deben ser recogidos con todo detalle.

Exploración instrumental. Afortunadamente con un reducido instrumental, podemos realizar una completa exploración oral.

El separador de labios y mejilla, el depresor de lengua, así como el espejo bucal y sus obligados complementos, que son las pinzas y la sonda, constituyen un instrumental útil en nuestras exploraciones.

Tacto y palpación, no siempre necesarios ni indicado, pero que en ocasiones proporcionan datos muy difíciles de precisar por sí solos. Sin embargo nos informa sobre datos valiosos acerca de alteraciones de volumen, espacio, movilidad o fuerza de los dientes, sensaciones dolorosas al contacto, etc. ⁽²⁾



2.1.1 INSPECCION SIMPLE DIRECTA, SIN INSTRUMENTAL, PASANDO NUESTRA VISTA POR TODAS LAS PAREDES CAVITARIAS

Esta inspección comienza observando al paciente con la boca primero cerrada y luego abierta, con el fin de ver anomalías congénitas de labios, traumatismos, inflamaciones y úlceras, etc.

Posteriormente si el paciente es portador de prótesis le pediremos que se la retire para poder observar la coloración global de la mucosa, haciéndole mover la lengua de un lado a otro para facilitar la inspección y percatamos al mismo tiempo si existe alguna limitación de la movilidad de este órgano. ⁽⁵⁾

En la lengua observaremos su tamaño, color y movilidad. La exploración de la región palatina con el fin de apreciar su profundidad y buscar posibles alteraciones congénitas o adquiridas; para la exploración de huesos maxilares son indispensables medios radiográficos, que adquieren su máxima importancia en la exploración ósea. ^(2, 6)

2.1.2 PUNTOS BASICOS PARA LA EXPLORACION BUCAL

1. El cirujano dentista debe encontrarse concentrado y recordar el método, tanto en el estado normal como en el patológico.
2. El cirujano dentista debe concentrar su atención en lo que hace.
3. Deben estar cómodos, tanto el cirujano dentista como el paciente.
4. El cirujano dentista debe tener juicio analítico concreto para recoger elementos que sirvan de fundamento para el diagnóstico.



5. Los datos que recopilamos en la exploración deben ser ostensibles para cualquier persona que este capacitada la entienda.
6. La exploración debe ser regularmente metódica. ⁽⁷⁾

2.2 EXPLORACION DE LA SEMIMUCOSA LABIAL

Es conveniente separar con los dedos la semimucosa, para observar con claridad pequeñas lesiones que puedan ocultarse entre los pliegues del labio, como heridas o grietas, así como el tamaño del labio, el cual puede verse abultado, por ciertas afecciones de tipo traumático, inflamatorio, alérgico o tumoral. ⁽⁴⁾





2.2.1. EXPLORACION DE LA MUCOSA LABIAL

En forma bimanual, realizamos la eversión del labio (superior o inferior) observando claramente hasta el fondo del surco, pues en esta región es frecuente la aparición de alteraciones que han de ser exploradas por inspección y palpación así como cualquier tipo de ulceraciones.^(4, 6)



2.3 EXPLORACION DE CARRILLO SECCION ANTERIOR

En forma bimanual, efectuamos la eversión del carrillo.⁽⁴⁾





2.3.1 EXPLORACION DE CARRILLO SECCION POSTERIOR

Sostener el carrillo con su dedo pulgar e índice colocando el primero dentro de la boca y el segundo fuera de la misma, examinar en forma sistemática el carrillo, en particular la presencia de tumores o tumefacciones. Si observamos una tumefacción tratar de determinar el tamaño, la consistencia, su relación con los tejidos contiguos y si es doloroso.⁽⁴⁾





2.4 EXPLORACION DE LA LENGUA

La lengua es un órgano de máxima importancia debido a sus múltiples funciones hay que tomar en cuenta el tamaño, coloración, movilidad y papilas.

Primero inspección de la punta de la lengua, es importante observar la punta de la lengua antes de tomarla con una gasa; de lo contrario puede pasar desapercibida alguna lesión allí existente ^(3, 6)



2.4.1 INSPECCION DEL DORSO LINGUAL

Tomar con una gasa la lengua traccionamos hacia fuera y hacia los lados inspeccionamos el dorso y los bordes. ⁽⁶⁾





2.4.2 EXPLORACION DE LA LENGUA, CARA VENTRAL Y PISO DE LA BOCA

Le pedimos al paciente que con la punta de la lengua toque la parte posterior del paladar, palpamos el suelo de la boca con el dedo índice de su mano derecha; si es necesario, aplicar contrapresión con un pulgar colocado bajo el mentón. Investigar la presencia de cualquier alteración. ⁽⁶⁾





2.5 EXPLORACION DEL PALADAR Y PALADAR BLANDO

La exploración debe abarcar no solo el paladar duro, sino también el blando. En el sector anterior del paladar por visión indirecta ayudandonos de un espejo bucal buscaremos la presencia de inflamaciones, heridas y traumatismos por prótesis.⁽⁶⁾

2.5.1 PALADAR SECTOR ANTERIOR.

La inspección se realiza por visión indirecta con un espejo bucal.⁽⁴⁾





2.5.2 PALADAR SECTOR POSTERIOR.

La inspección se realiza por visión indirecta con un espejo bucal, se le pide al paciente que incline hacia atrás y se inspecciona el sector posterior del paladar por visión directa. ⁽⁴⁾



**Exploración de Cavidad Bucal** ⁽²⁰⁾**Material:**

- ◆ Guantes
- ◆ Gasas estériles
- ◆ Espejo

Etapas	Variaciones normales Desviaciones individuales
<p>Examine:</p> <p>La forma de los labios, su posición, movimiento, estado, color, presencia o ausencia de ulceraciones</p>	<p>Simetría vertical y horizontal tanto en reposo como en movimiento (movimientos faciales).</p> <p>No existen grietas o fisuras aunque aumentan las tramas verticales. Los labios no presentan úlceras y van del rosado al marrón.</p> <p><i>Desviaciones:</i> Inflamación, fisuras profundas en las comisuras labiales, grietas; labios pálidos, rojos o cianóticos, placas, vesículas, nódulos o úlceras.</p>
<p>La mucosa bucal, su color, textura, presencia o no de úlceras</p>	<p>Rosada, blanda, húmeda.</p> <p>Puede parecer menos vascularizada y brillante. Son comunes las manchas de Fordyce.</p> <p><i>Desviaciones:</i> Mucosa pálida roja o cianótica. Manchas blancas o grises; úlceras; inflamación / tumefacción, mucosa sangrante.</p>
<p>Las encías en cuanto a su color, y las características de su superficie.</p>	<p>De color rosadas a claras, claramente definidas en el margen de los dientes.</p> <p><i>Desviaciones:</i> De color vivo o totalmente decolorada; retraída, sanguinolentas, cambio de color, hipertrofia de las fisuras entre los dientes y rebordes de las encías.</p>



<p>Lengua: Observe el color, textura, tamaño, recubrimiento de la lengua, si hay o no ulceraciones.</p>	<p>Rosada, aspecto suave. Entra fácilmente en la boca. Entre húmeda a ligeramente seca, pero brilla. <i>Desviaciones:</i> Lengua de color rojo vivo, nódulos o área de induración presentes; profundos surcos; inflamación; superficie notablemente ablandada, úlceras.</p>
<p>El paciente deberá sacar la lengua y moverla de un lado a otro, doblarla hacia arriba y hacia abajo.</p>	<p>Movimientos suaves y uniformes de la lengua. <i>Desviaciones:</i> Movimientos alternativos lentos, la lengua se desvía hacia un lado.</p>
<p>Indique al paciente que repita una frase con las palabras que contengan las letras l, t, d, o, n.</p>	<p>Pronunciación clara y distinta de las palabras; palabras inalteradas. <i>Desviación:</i> Articulación no muy clara de los sonidos.</p>
<p>El color del piso de la boca, así como las características de su superficie.</p>	<p>Rosada sin lesiones o masas. <i>Desviaciones:</i> Pálido o enrojecido, varicosidades, inflamación.</p>
<p>El color del paladar duro y blando, sus contornos y movimientos</p>	<p>Paladar blando rosado; paladar duro, más claro. Suave, uniforme y simétricamente arqueado</p>
<p>Palpe el piso de la boca en búsqueda de sensibilidad (dolor a la palpación), masas.</p>	<p>No hay dolor a no ser que haya inflamación, masas o ulceraciones. <i>Desviaciones:</i> Sensibilidad (dolor a la palpación), ulceraciones, nódulos o engrosamiento.</p>



CAPITULO III

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES CAUSADAS POR PROTESIS TOTALES

En el presente capítulo se consideraran los trastornos relacionados con la colocación de dentaduras totales y frecuencia de lesiones o factores iatrogénicos predisponentes por esta causa.

Las estomatopatias protésicas más comunes en el uso de dentaduras totales son las siguientes.

- ◆ Candidiasis
- ◆ Hiperplasia papilar o papilomatosis
- ◆ Ulceras traumáticas
- ◆ Hiperplasia marginal
- ◆ Estomatitis protésica
- ◆ Queilitis angular
- ◆ Hiperplasia fibrosa

Las prótesis totales tienen un período de eficiencia limitado que está sujeto a los cambios y cuidados de los tejidos de soporte para que éstas no se conviertan en factores patógenos.



La microcolonización de las bases protésicas, sean éstas de resinas acrílicas termopolimerizables, resinas de fraguado lento, acondicionadores de tejidos, o materiales de tipo siliconas, utilizadas en la práctica de la prostodoncia, es un tema muy controvertido y objeto de múltiples investigaciones. Los resultados de éstas 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.

Algunos autores atribuyen a los hongos un papel etiológico importante y demuestran la abundante presencia de *Candida albicans* en la superficie interna de las bases protésicas, ya que estas representan espacios o nichos que permiten la acumulación de alimento, microorganismos y células muertas, constituyéndose así, la placa bacteriana; Cahn, Cawson, Olsen, Davenport, definen dicha capa como una acumulación microbiana no mineralizada que se adhiere firmemente a superficies dentarias, restauraciones y prótesis dentales, que muestra una organización estructural con formas filamentosas predominantes y esta compuesta de una matriz orgánica derivada de glicoproteínas salivales y productos microbianos extracelulares, la cual no puede ser removida mediante lavado o por presión del agua. ⁽²⁶⁾

Esta microcolonización, que empieza en la superficie y luego avanza en profundidad, se relaciona con la cantidad de los materiales utilizados, el tiempo de uso de la prótesis, la composición química de éstas y la presencia de estomatitis protésica.

Mientras mayor sea la presencia del material en la boca, más profunda es la penetración de los microorganismos en el interior de la



misma. Esto estaría favorecido por una serie de factores entre los que podríamos citar la deficiente higiene de las prótesis y el uso nocturno de las mismas. Es necesario insistir en el paciente portador de dentaduras totales, la importancia de eliminar la placa bacteriana presente por medio de rigurosas medidas de higiene, las que también deben incluir la mucosa oral de soporte.

3.1 CANDIDIASIS

Bajo la denominación de micosis englobamos todos los procesos debidos a la acción patógena de los hongos, los cuales constituye una de las patologías que más a menudo nos vamos a encontrar en la práctica diaria. Además de su frecuencia, debemos tener siempre presente que pueden tener un origen iatrogénico sobre todo por tratamientos con antibióticos de amplio espectro o por corticoesteroides. Hoy en día tienen un enorme valor clínico, ya que pueden ser la primera manifestación de SIDA.

▪ ETIOLOGÍA

Las micosis orales están producidas por hongos del género *Cándida* que son comensales habituales en la cavidad oral. Este microorganismo está condicionado por una serie de factores predisponentes, entre ellos cabe destacar los siguientes:

Grupos de edad. Recién nacidos y ancianos. La falta de desarrollo de la colonización por parte de la flora, junto con una disminución de la producción de saliva, condiciona una mayor susceptibilidad del recién nacido al desarrollo de las candidiasis. En el anciano se suman otros



factores, como son una disminución fisiológica de la población salivar y una pérdida de la dimensión vertical que favorece la retención de saliva, sobre todo a nivel comisural, dado el lugar a la colonización por *Cándida* y bacterias.

Alteraciones endocrinas. Embarazo, diabetes, hiper e hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal. Los cambios hormonales que acontecen en el embarazo favorecen el desarrollo de estos microorganismos. La diabetes también ha sido relacionada con una mayor prevalencia de candidiasis. No obstante, estudios han aportado resultados que no corroboran esta hipótesis, ya que no hemos encontrado diferencias significativas entre los porcentajes de cultivos positivos a *Cándida* en la población afectada por diabetes con respecto a la población de control sana

Inmunodeficiencias (Con trasplantes, o con SIDA). Estos estados patológicos y la medicación concomitante que se utiliza en su tratamiento favorece la aparición de este tipo de cuadros.

Déficit nutricionales y vitamínicos. Estos estados provocan alteraciones de las defensas del huésped y de la integridad de las barreras epiteliales, favoreciendo la colonización micótica.

Enfermedades malignas (leucemias, agranulocitosis). Las enfermedades de la serie blanca, sobre todo las leucemias agudas, condicionan un descenso de las defensas que ayuda al desarrollo de *Cándida*.



Tratamientos farmacológicos. La aplicación de tratamientos prolongados con antibióticos de amplio espectro, corticoides e inmunosupresores, o fármacos que producen xerostomía, provocan alteraciones del equilibrio de la flora, estados de sequedad bucal y disminución de las defensas y constituyen causas favorecedoras de la proliferación de *Cándida*. (1,24)

Mucositis por irradiación. Se relaciona con las candidiasis por el estado de xerostomía que provocan en el paciente sometido a radioterapia.

Lesiones dérmicas. En manos y lechos ungüeales por el empleo de guantes. Estas barreras impermeables alteran la transpiración cutánea provocando un ambiente de humedad constante que favorece el crecimiento de *Cándida*.

Prótesis. El empleo de prótesis dentarias removibles es un factor predisponente muy importante. Algunos estudios aíslan *Cándida* en el 86% de los pacientes postadores de prótesis

Otras enfermedades orales. Algunas otras enfermedades que afectan la boca han sido relacionadas con una mayor tendencia a sufrir candidiasis. Así como el liquen plano y el lupus eritematoso sistémico (LES).

Xerostomía. La sequedad de boca, cualquiera que sea su causa, es un condicionante muy importante para el desarrollo de la candidiasis oral.



Todos estos factores son de gran importancia para el desarrollo de una candidiasis, pero el mecanismo íntimo por el que éste microorganismo pasa de un estado comensal a un estado patógeno, desarrollando el cuadro clínico de una micosis en un momento determinado, es aún desconocido. ⁽¹⁾

■ CLASIFICACIÓN

Se han propuesto numerosas clasificaciones de las candidiasis. vamos a seguir como referencia la clasificación propuesta por Holmstrup y Axell, según la cual se distinguen tres grupos principales: formas agudas, formas crónicas y candidiasis asociada con otras lesiones. ⁽¹⁾

Formas agudas

Se caracterizan por ser lesiones de corta evolución que remiten con el tratamiento. Dentro de ellas encontramos dos formas de manifestación clínica:

1. Candidiasis pseudomembranosa
2. Candidiasis eritematosa

Formas crónicas

Están constituidas por las formas de larga evolución generalmente rebeldes al tratamiento. Destacamos cuatro variantes:

1. Seudomembranosas
2. Eritematosas
3. Leucoplasia – candidiasis (plake – like)
4. Forma nodular



Candidiasis asociada con otras lesiones

Son las formas que se asocian con una serie de cuadros clínicos en los que, junto con la candidiasis, existen generalmente infecciones bacteriana sobreañadidas, destacando las siguientes entidades

1. Queilitis angular o perleche
2. Glositis romboidal media.
3. Estomatitis por prótesis. ⁽¹⁾

▪ MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS MICOSIS

Formas agudas

Formas pseudomembranosa

Se conoce bajo el nombre de "muguet" o "algodoncillo". Presenta un aspecto clínico como gotas o acumulaciones blanquecinas pequeñas que se desprenden por el raspado, dejando una superficie enrojecida sobre la mucosa. Las lesiones recuerdan las gotas de yogur o leche coagulada. Esta forma de candidiasis hace su aparición con mayor frecuencia en recién nacidos, niños y adultos inmunodeprimidos. La forma infantil se caracteriza por la presencia de manchas blancas en la mucosa bucal, especialmente en surcos, mucosa yugal, lengua, paladar, amígdalas y otras localizaciones. Al pasar una gasa, estas lesiones blancas desaparecen, dejando en la zona en la que asentaba una superficie ligeramente enrojecida. Este dato nos permitirá establecer un diagnóstico diferencial con otras lesiones blancas que, a diferencia de éstas, no se desprenden al pasar una gasa. La forma del adulto tiene un



comportamiento similar al de la infantil y suele instaurarse tras un tratamiento - farmacológico con antibióticos de amplio espectro, inmunodepresores y corticoesteroides .

Sin embargo, en la actualidad, la aparición de estas candidiasis en jóvenes adultos puede constituir un primer signo de alarma ante una posible manifestación inicial de un SIDA. Corrobora este dato el que un 80 % de los pacientes con SIDA establecido presenta candidiasis, preferentemente palatinas, en algún momento del curso de su enfermedad. Clínicamente aparecen las manchas blancas en toda la superficie bucal, siendo más frecuentes en el paladar. El cuadro es asintomático y sus síntomas son pocos, pudiendo constatarse la existencia de halitosis.

Forma eritematosa

También conocida como lengua dolorosa. Esta forma es muy poco frecuente y no podemos bajo ningún concepto considerarla como una forma secundaria de la variedad pseudomembranosa. No existen antecedentes de acumulaciones o gotas blanquecinas características de la forma pseudomembranosa. Es la infección candidiásica que aparece tras un tratamiento farmacológico prolongado que, favorece una destrucción de la flora normal y la instauración de unas condiciones idóneas para la colonización por *Cándida*. El cuadro se inicia con una depapilación de la mucosa lingual, acompañada de impotencia funcional con problemas de deglución al existir una imposibilidad para ingerir alimentos ácidos, picantes o calientes.



Ambas formas suelen remitir con un tratamiento antifúngico específico en pocos días. La ausencia de tratamiento o la instauración de una terapéutica inadecuada impedirá su resolución, dando origen a la aparición de formas crónicas de candidiasis. ^(11,24)

Formas crónicas

Forma pseudomembranosa

Se manifiesta con la aparición de unas áreas enrojecidas sobre la mucosa oral, sobretudo a nivel de la mucosa yugal, el paladar y la lengua, donde se manifiesta con áreas de depilación. Son lesiones eritematosas, bien delimitadas y dolorosas al contacto con alimentos. En la lengua en ocasiones observaremos lesiones pseudomembranosas concomitantes. Al contrario de lo que se creía, en los pacientes con SIDA la forma eritematosa es la primera forma de manifestación a la forma pseudomembranosa.

Leucoplasia - candidiasis

Esta forma es controvertida y plantea serios problemas de diagnóstico. Al explorar encontramos lesiones generalmente bilaterales, retrocomisurales con forma triangular de base anterior y vértice posterior. En la palpación tienen una consistencia dura como de placa con estrías periféricas irradiadas, que no se desprenden con el raspado.



Forma nodular

Es la forma de candidiasis menos frecuente y la más difícil de diagnosticar. También suele tener una localización retrocomisural, aunque se presenta como una formación hiperplásica, de aspecto nodular, que a veces se recubre de una capa hiperqueratósica, confundándose con otras lesiones blancas como la leucoplasia.

Candidiasis asociadas con otras lesiones

Queilitis angular

También conocida como boquera, "perleche" o "candidiasis angular". Se manifiesta como agrietamiento o fisuras en las comisuras de los labios. Puede ser una forma de presentación única o asociada con otras formas de candidiasis. Su origen se atribuye a varias causas, entre las que destacan una pérdida de dimensión vertical y déficit vitamínicos, sobre todo de riboflavina. La pérdida de dimensión vertical condiciona la retención salivar y la instauración de un ambiente de humedad continua, en las comisuras labiales. Los síntomas son pocos y, por lo general, los pacientes refieren ardor en las comisuras y sequedad.

Glositis romboidal media

Tradicionalmente se ha atribuido a *Cándida* una serie de cuadros linguales (lengua romboidal, depapilación en áreas, lengua depapilada, lengua vellosa, lengua pilosa negra, etc.) en cuya etiología no se ha podido demostrar con claridad la intervención de este microorganismo. No obstante, en la lengua romboidal media se encuentran hifas de *Cándida*



en el 85 % de las muestras anatomopatológicas estudiadas. En el paladar pueden aparecer unas lesiones que son copia de las linguales y se conocen como lesiones de "calzado".

Estomatitis por prótesis

Esta variedad de estomatitis corresponde a un proceso patológico presente en sujetos portadores de prótesis removibles. El origen de esta forma, no está aclarado, aunque se sabe que están implicados diversos factores etiológicos: higiene deficiente, utilización sin descanso de las prótesis, traumatismos continuados por desajustes, infecciones, alergia de contacto a los materiales de la prótesis, etc.

En estudios se ha encontrado estomatitis por prótesis en algo más de la mitad de la población portadora de prótesis revisada. El microorganismo que con más frecuencia se ha aislado en los cultivos es *Cándida albicans* en aproximadamente un 35 % de los casos. Sin embargo, los porcentajes aportados por los diferentes autores asociando a *Candida albicans* con el origen de la estomatitis por prótesis son muy dispares. Así, Budzt-Jorgensen elevan este porcentaje al 60 % de sus pacientes con prótesis, mientras que Theilade menciona cifras por debajo del 10% con *Candida albicans*. Estas diferencias ponen de manifiesto que se desconoce el grado de implicación real de este microorganismo en el origen de este cuadro. ^(1, 25)



Newton clasifica clínicamente el proceso en tres periodos o fases evolutivas:

1. **Primer período (grado I)** caracterizado por la aparición de un punteado rojizo sobre la mucosa palatina
2. **Segundo período (grado II)** donde se observa una mucosa hiperémica, lisa y atrófica.
3. **Tercer período (grado III)** donde la mucosa presenta ya un aspecto granular o nodular. ⁽¹⁾

▪ DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa fundamentalmente en los signos y síntomas clínicos que presentan las distintas formas de la manifestación. Los antecedentes de un tratamiento y la desaparición de las lesiones tras el raspado nos permiten establecer el diagnóstico con facilidad.

Citología exfoliativa. Se realiza un raspado y se hace una extensión sobre portaobjetos de vidrio fijándose con etanol al 95 %. Se tiñe y se busca la presencia de blastosporas e hifas que evidencien la presencia de infección por Cándida.

Cultivo del microorganismo. Los medios más utilizados para la evidenciación de las colonias de Cándida son el Saboureaud único o asociado a cloranfenicol y actidione y el medio de Nikelson. La evidencia de Cándida en el cultivo sin síntomas acompañantes no implica necesariamente la existencia de la enfermedad.



Biopsia de la lesión. Es de difícil interpretación, prefiriéndose el uso de la citología exfoliativa. ^(1, 24)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Las infecciones por *Cándida* deben diferenciarse de otras enfermedades, entre las que se incluyen esfacelación por quemaduras químicas, infecciones bacterianas superficiales, estomatitis gangrenosa, úlceras traumáticas y placas mucosas sifilíticas. 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. ⁽²⁵⁾

▪ **HISTOPATOLOGIA.**

El examen microscópico de la lesión pseudomembranosa muestra una reacción inflamatoria superficial localizada con erosión o ulceración de la superficie. Las úlceras están cubiertas con una capa gruesa de restos celulares, fibrina, exudado inflamatorio y un gran número de hifas. 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. La tinción con metenamina argéntica o reactivo ácido peryódico de Schiff (PAS) 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 del epitelio, característica de este tipo de la enfermedad y causada por la presencia del hongo. Hay testimonios experimentales que demuestran que la infección puede producir hiperplasia epitelial, que a su vez causaría una leucoplasia bucal que indica la importancia de la infección, sin embargo, no existe alguna prueba clara que demuestre que la candidiasis crónica es por sí misma un estado precanceroso; no obstante, es posible que la invasión micótica epitelial y su proliferación posterior contribuyan a originar un cambio neoplásico. ⁽²⁸⁾

▪ TRATAMIENTO

Medida higiénicas

Mediante la eliminación de posibles factores irritantes. Se recomendará el uso de lavados con agua bicarbonatada y gasa estéril para cambiar el pH del medio oral y dificultar la colonización y el crecimiento del microorganismo.

Tratamiento médico

Se realiza mediante una terapéutica antifúngica con nistatina, anfotericina B, ketaconazol, miconazol, violeta de genciana, etc. tanto por vía local o tópica como por vía general u oral. Son fármacos de gran eficacia, aunque debe hacerse un empleo cuidadoso de ellos, ya que son teratogénicos y se excretan por la leche materna. ⁽¹⁾



Para el tratamiento de los casos simples se puede recurrir al uso de:

1. Enjuagues con soluciones acuosas de:
 - a) Nistatina 1:100.000 U/ml cuatro veces al día.
 - b) Clotrimazol al 1 % cuatro veces/día.
 - c) Cloruro de benzalcoino 1:750 U/ml para el enjuague de las prótesis totales.

2. Aplicación de cremas bajo la prótesis tras las comidas y al acostarse:
 - a) Nistatina, 100.000 U/g.
 - b) Clotrimazol al 1 %.
 - c) Ketaconazol al 2 %. ^(1,24)



3.2 HIPERPLASIA PAPILAR O PAPILOMATOSIS

▪ ETIOLOGIA

La hiperplasia papilar o papilomatosis del paladar se presenta de manera exclusiva en el paladar duro y casi siempre tiene que ver con el uso de prótesis totales, esta lesión se encuentra en 1 de cada 10 personas que usan prótesis que cubren la mucosa del paladar duro.

La causa de la hiperplasia papilar puede relacionarse con dentaduras que se ajustan mal o se mueven, por lo que predisponen o posibilita 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 donde se produce un traumatismo crónico de baja intensidad. En general pueden considerarse los siguientes como factores etiológicos causales.

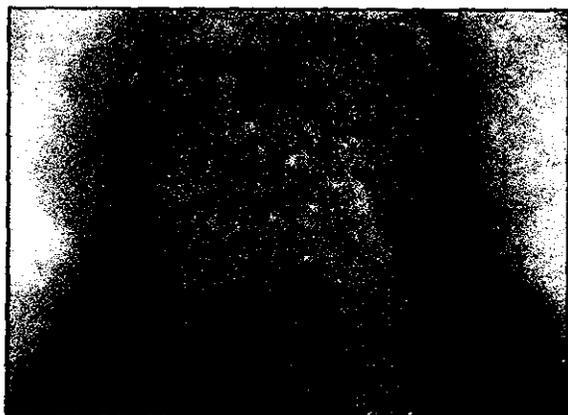
- ◆ Prótesis totales superiores desadaptadas.
- ◆ Su uso durante largos períodos de tiempo por la noche.
- ◆ Higiene protésica y bucal deficiente
- ◆ Disminución de la secreción salival.
- ◆ Factores predisponentes: locales y generales. ⁽²⁹⁾

▪ CARACTERISTICAS CLINICAS

La bóveda del paladar es la zona afectada con mayor frecuencia, pero también puede comprometer el proceso alveolar o el paladar blando.



La lesión presenta de modo característico múltiples excrecencias papilares eritematosas y edematosas que forman agregados compactos que parecen verrugas granulares. Las excrecencias pueden ser delgadas y vellosas, aunque, la mayor parte de los casos, tienden a ser redondas y romas con espacios delgados a cada lado. En pocas ocasiones se ulceran, no obstante, con el transcurso del tiempo, a causa del eritema intenso que presentan pueden parecer erosiones.





▪ HISTOPATOLOGÍA.

En los cortes perpendiculares cruzados la lesión aparece como numerosas frondosidades pequeñas, o excrecencias papilares, cubiertas por epitelio escamoso estratificado paraqueratósico sano. El epitelio se apoya en núcleos centrales hiperplásicos de estroma bien vascularizado. Además, se observa hiperplasia del epitelio, que con frecuencia presenta 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.

▪ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Incluye pocas lesiones, ya que raras veces se confunde con otras enfermedades. La principal lesión de la que debe diferenciarse es la estomatitis nicotínica que afecta al 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 nicotínica tiende a ser más queratinizada 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 salivar 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. Por último, en el síndrome de hamartoma múltiple (síndrome de Cowden), la mucosa bucal puede mostrar nódulos papilares mucosos múltiples. ⁽²⁴⁾



▪ TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El tratamiento indicado es extirpación quirúrgica de la lesión antes de reconstruir la prótesis al paciente. El método quirúrgico depende de las preferencias individuales y puede utilizarse curetaje y electrocirugía.

La remoción de la prótesis en el momento de acostarse y una buena higiene bucal acompañada de tratamiento antimicótico puede reducir de manera significativa la intensidad de las lesiones. ⁽²⁴⁾



3.3. ÚLCERA TRAUMÁTICA

■ ETIOLOGIA

La úlcera traumática es sin duda, la lesión ulcerativa que se observa más a menudo en la boca y es la única enfermedad ulcerativa que se produce por una acción lasiva o aplicación de una sustancia dañina en la superficie externa del epitelio pavimentoso bucal.

Los traumatismos pueden ser de diferente carácter es decir físicos, químicos, térmicos o eléctricos. Por ejemplo:

Físicos: Mordedura, alimentos cortantes, cerdas rígidas de cepillos de dientes, bordes agudos de coronas, aparatos dentales.

Químicos: Debido a sustancias cáusticas o productoras de escaras como nitrato de plata, ácido acetilsalicílico y ácido tricloroacético.

Térmicos: Calor excesivo en líquidos o alimentos ingeridos o aplicación de hielo seco.

Eléctricos: Corriente eléctrica aplicada los tejidos bucales. ⁽²⁴⁾



▪ CARACTERISTICAS CLINICAS

Las úlceras traumáticas relacionadas con la acción de aparatos protésicos y prostodónticos 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, las cuales son muy dolorosa. Esta es la úlcera aguda típica, provocada 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 de la prótesis.

Si el traumatismo es leve y provoca molestias leves, sobre todo en portadores de prótesis antiguas, las úlceras se adaptan bajo la irritación, o bien la prótesis se mueve provocando una irritación casi imperceptible, entonces la mucosa irritada se observa eritematosa y luego comienza a engrosar, hipertrofiando, al punto de llegar a producir verdaderas tumoraciones diagnosticadas como fibromas. Estas tienen una zona de implantación alargada en el fondo del vestíbulo con una ulceración central o con una leucoqueratosis, áspera y dura, frecuentemente colonizada por candida, coincidiendo con uno o varios pliegues y en uno de los cuales se aloja el borde traumático de la prótesis.

En lo que concierne a lesiones traumáticas no producidas por bordes defectuosos de prótesis, están las ocasionadas por bordes cortantes de dientes artificiales fracturados, tártaro dentario y las provocadas por galvanismo. ⁽²⁴⁾



■ HISTOPATOLOGÍA.

En las úlceras agudas se observa pérdida del epitelio superficial, el cual es reemplazado por una red de fibrina que contiene neutrófilos, células con 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 granuloso de la base y debajo de la cubierta de fibrina se encuentran células en etapa de proliferación.

■ DIAGNÓSTICO.

En las úlceras reactivas agudas la relación causa-efecto se evidencia por el examen físico y la historia clínica; cuando se trata de una lesión artificial, el diagnóstico representa un reto mayor.

El diagnóstico de las úlceras crónicas es más difícil debido a que la causa a menudo no es aparente en estas circunstancias, debe establecerse un diagnóstico diferencial, en el que se consideren enfermedades infecciosas (sífilis, tuberculosis, micosis profundas) o cáncer. Cuando se piensa que la lesión es de origen traumático, se recomienda un período de observación de dos semanas; si no hay cambios o la lesión aumenta de tamaño, debe realizarse una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo. ⁽²⁷⁾



▪ TRATAMIENTO

La conducta que debe seguir incluye eliminar la causa traumatizante y aplicar antiséptico suave en colutorio, eventualmente nistatina o anfotericina B. ⁽²⁵⁾





3.4 HIPERPLASIA MARGINAL

▪ ETIOLOGIA

Esta forma de hiperplasia fibrosa de la mucosa bucal se relaciona con traumatismo crónico por una prótesis mal ajustada.

▪ CARACTERISTICAS CLINICAS

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 vestibulo ya que el reborde óseo de la mandíbula y el maxilar se reabsorben con el uso prolongado de la prótesis. Por esto la irritación y el traumatismo crónico, provocan una respuesta exagerada de reparación del tejido conectivo fibroso, lo que causa la aparición de pliegues indoloros de tejido fibroso que rodean el borde extendido de la dentadura artificial. ⁽²⁸⁾





▪ TRATAMIENTO.

La remoción prolongada de la prótesis puede disminuir un poco el tamaño de la lesión , sin embargo se requiere extirpación quirúrgica de la misma, ya que la cicatriz hiperplásica es permanente. También es necesario construir una nueva prótesis o rebasar la antigua para prevenir recurrencia.⁽²⁸⁾



3.5 ESTOMATITIS PROTESICA

▪ ETIOLOGIA

Respecto de la etiología de esta lesión, se han estudiado ampliamente los factores traumáticos, tóxicos, microbiológicos, alérgicos y sistémicos.

Bustz-Jorgensen y Bertman consideran que el factor predominante de la estomatitis es el trauma causado por la prótesis, y que existen ciertas correlaciones entre este factor y la presencia de microorganismos, especialmente de la *Candida albicans*. El trauma es un factor predisponente y donde la *Candida albicans* es determinante inductora de la estomatitis simple o granular, así como de queilitis angulares y glositis.

Esta posición ha sido parcialmente confirmada por los estudios microbiológicos de Van Reenana 1973 quien sostiene que el número de bacterias tiende a aumentar con los años de uso de prótesis en personas con estomatitis. Las bacterias estreptococo, neumococos, estafilococo y también la monilia (*Candida albicans*) son todas potencialmente patógenas.

Las observaciones de Nyquist 1952 demuestran diferentes formas de traumas como causantes principales en la incidencia de éstas estomatitis, los tipos de trauma considerados fueron: a) Poca estabilidad de la base; b) Oclusión céntrica y c) excéntrica traumática.

En 1969, también Carlson y sus colaboradores demostraron que la colocación y el uso de dentaduras completas interfieren rápidamente



durante la primera semana con la flora normal de la boca desdentada. Descubrieron que en las prótesis se produce la colonización de los estreptococos Mutans y Sanguis, sugieren que el aumento de la concentración de estos microorganismos se relaciona con la presencia de una superficie sólida y apropiada para la colonización bacteriana.

Otra tesis afirman que en individuos con gran sensibilidad a cualquier antígeno se presentan reacciones alérgicas, aunque son poco comunes. Mc Cabe, Basker y Danilewicz sostienen que los componentes de la resina acrílica pueden ser alérgenos por naturaleza. Estos también pueden producir una respuesta en combinación con la flora bucal o como resultado de una formación incompleta de los componentes durante la polimerización, es decir, la existencia de monómero residual en cantidad excesiva por deficiente polimerización. Sin embargo siempre debe eliminarse previamente la posibilidad de otras causas locales trauma oclusal, dientes residuales con placa bacteriana, etc. y generales alteraciones hemáticas, trastornos hormonales y factores psicológicos. ⁽²⁵⁾

▪ CARACTERISTICAS CLINICAS

La mucosa subyacente a la dentadura se torna muy roja, hinchada, lisa o granular y dolorosa. Con frecuencia se observan focos puntiformes múltiples de hiperemia, por lo general en el maxilar. Es común que haya una fuerte sensación de ardor. El enrojecimiento de la mucosa está bien delimitado y se restringe al tejido que está en contacto con la prótesis.

Es una reacción inflamatoria de los tejidos bucales que están en contacto inmediato o situados junto a una prótesis dentaria móvil. Suele



aparecer en los tejidos blandos situados por encima del paladar duro y generalmente se caracteriza por una área intensamente enrojecida, brillante y ligeramente tumefacta, algunas veces se nota una sensación viscosa al pasar un dedo sobre la superficie.

La lesión suele ser generalizada y difusa, afectando todos los tejidos en contacto con la dentadura, pero en algunos casos se presenta en forma de placas, localizada en lesiones aisladas. Los síntomas subjetivos son muy variables. Algunas veces la lesión es asintomática, aunque es más frecuente que el enfermo se queje de cierta sensibilidad, sequedad, sensación de ardor hasta un verdadero dolor. (25, 30)





▪ CLASIFICACION

En 1962, A.V. Newton estableció la siguiente clasificación de la estomatitis protésica:

Tipo I. Puntos de hiperemia.

Tipo II. Eritema difuso.

Tipo III. Inflamación glanular o papilar hiperplásica.

El tipo I, que es una inflamación simple localizada, incluye puntos de hiperemia e inflamación difusa de un área limitada de la mucosa palatina. El tipo II es una inflamación simple más generalizada, incluye un eritema difuso en la mayor parte o en la totalidad de la mucosa de soporte. Finalmente el tipo III es una inflamación de tipo granular.

Otra de las sintomatologías que pueden presentar los portadores de prótesis son dolores intensos con sensación de quemadura, queilitis angular y glositis. ⁽²⁵⁾

▪ TRATAMIENTO

Hay distintos tratamientos para aliviar la estomatitis protésica, tal como lo exponen diversos investigadores. 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, corticoides, 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.



Drogas específicas antimicóticas

Nistatina. Es un antimicótico específico contra la Cándida. 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.

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 ésta y por otras razones el tratamiento debe ser controlado y se reserva para casos graves. ⁽¹³⁾

Fármacos inespecíficos

Para el tratamiento de la estomatitis protésica existen fármacos inespecíficos, por ejemplo, el azul de metileno o la violeta de genciana, con la que se pincela la mucosa afectada dejándola luego secar.

Budtz-Jorgensen. Terapia antimicótica y remoción de las prótesis.

Masela-Rogers. Terapia de las prótesis en sustancias desinfectantes, después de su limpieza mediante cepillado.

Zakharl y Me Murray. Tratamientos exclusivamente con acondicionadores de tejidos. ⁽²³⁾

3.6. QUEILITIS ANGULAR

▪ Etiología

- A) Arriboflavinas, junto con la vascularización de la cornea y posterior queratitis intersticial y dermatitis seborrea con descamación .
- B) Pérdida de las piezas dentarias y en consecuencia pérdida de la dimensión vertical, de tal manera que los maxilares se acercan más uno al otro. El resultado es un pliegue de piel y mucosa en los ángulos de los labios. El pliegue y la retención de humedad , resultan en una irritación y con frecuencia en una infección secundaria; la queilitis angular de este tipo se observa en personas desdentadas, en aquellos pacientes que utilizan prótesis completa o en personas de edad avanzada con severa atricción dentaria..
- C) La excesiva salivación con "babeo" y humidificación de los ángulos labiales. La humedad favorece la irritación y la infecciones secundarias.
- D) Infección por Cndida, asociada con prótesis inadecuadas con disminución del espacio libre, consecutivo a resorción de los dientes de resina acrílica.
- E) Hábitos neuróticos como succionar los ángulos de los labios o pellizcos con los dedos u objetos extraños como un lápiz. ^(14, 21)

Quellitis activa. Se observa en individuos sensitivos a los rayos actinicos; 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. La *Candida albicans* es frecuentemente un huésped causal.⁽¹⁶⁾

▪ CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La queilitis angular es un término empleado para designar cualquier lesión inflamatoria localizada en el ángulo de la boca y cuya causa no se haya determinado.

Las lesiones angulares suelen empezar en la unión cutánea mucosa y se extiende hacia la piel. Aunque la mayoría revelan su carácter inflamatorio por presentarse intensamente rojas, fisuradas, erosionadas o ulceradas, otras tienen formaciones costrosas de diferentes colores, soliendo acompañarse de síntomas subjetivos de sensibilidad, molestias, ardor o dolor franco.⁽²⁵⁾

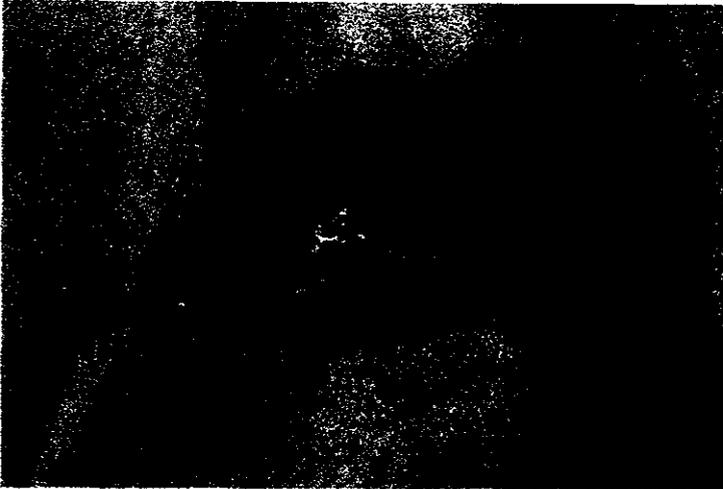


▪ TRATAMIENTO

Debe consistir en la supresión de la causa o en el establecimiento de medidas adecuadas para corregir el estado existente.

Tratamiento Prostodóntico

1. Remozar el medio, aplicar humectantes y proteger la lesión.
2. Aplicar un unguento medio, antiséptico-antibiótico (Nyconstatin).
3. Restaurar la distancia vertical maxilomandibular fisiológica y morfológica realizando una nueva dentadura.
4. Prescribir vitaminas del complejo B. ⁽²⁵⁾





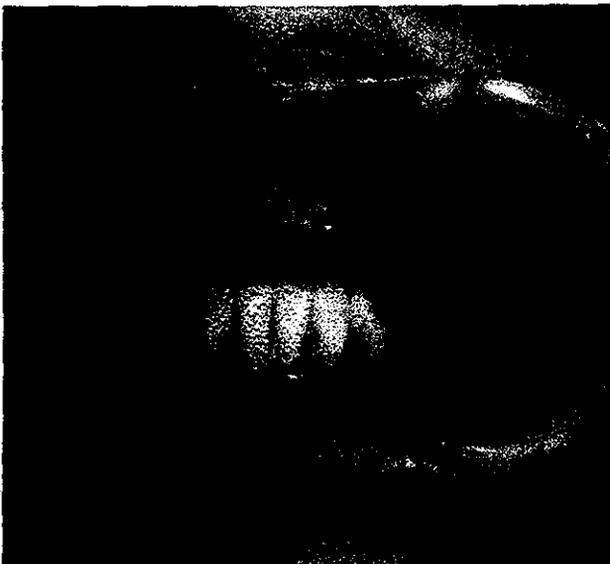
3.7. HIPERPLASIA FIBROSA

▪ 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 provoca el fibroma traumático, excepto que se identifica de forma específica la dentadura artificial como agente causal.

▪ CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Esta 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 se reabsorben con el uso prolongado de la prótesis. Por esto la irritación y el traumatismo crónico, provocan una respuesta exagerada de reparación del tejido conectivo fibroso, lo que causa la aparición de pliegues indoloros de tejido fibroso que rodean el borde extendido de la dentadura artificial.





▪ TRATAMIENTO.

La remoción prolongada de la prótesis puede disminuir un poco el tamaño de la lesión; sin embargo, se requiere extirpación quirúrgica de la misma, ya que la cicatriz hiperplásica es permanente, también es necesario construir una nueva prótesis o rebasar la antigua para prevenir recurrencia.^(24, 13)



CAPTITULO IV

HIGIENE DE LA PRÓTESIS

Las prótesis acumulan placa bacteriana de diferentes grados; los ancianos quizás no son capaces de conservar la higiene adecuada de sus dentaduras , ya que no comprenden que método de limpieza deben usar; también, pueden estar incapacitados físicamente y tener dificultad para realizar satisfactoriamente todo el procedimiento. Además pueden mostrar indiferencia por el aseo personal, lo que a veces se observa en las personas más ancianas.

Por lo tanto, al proporcionar los métodos usuales para la limpieza de prótesis, deben considerarse estos problemas y organizarse de manera que el paciente pueda efectuarlos con facilidad y se alcancen los propósitos deseados. En forma alternativa, las rutinas deben ser practicadas para que el personal de enfermería las lleve a cabo.

Los depósitos que se adhieren a las prótesis pueden ser blandos o duros; la placa se empieza a formar inmediatamente después de que sea colocada en la boca, con frecuencia , son muy notorios los depósitos blandos en la prótesis, en particular después de las comidas; por lo general, pueden eliminarse enjuagándolas con un chorro de agua o frotándolas con una gasa o tela suave. ⁽¹¹⁾



4.1. INSTRUCCIONES AL PACIENTE

La adaptación, la aceptación y el cuidado de la prótesis plantea muchos menos problemas si el día de su insertación se reserva el tiempo suficiente para aclarar las dudas que eventualmente puedan surgir, mostrándose el paciente más relajado y deseoso de colaborar.

Así mismo es importante que conozca los puntos de estabilidad masticatoria y motivarle e instruirle prácticamente acerca de la higiene bucal en general y la prótesis en particular.

Quien usa una prótesis total, debe comprender que existe un proceso de aprendizaje para utilizarla, que es esencial para conseguir el éxito. Este periodo puede variar de un paciente a otro y se relaciona con la edad. Las personas más ancianas pueden necesitar más tiempo para aprender a aceptar objetos nuevos en la boca. Si el paciente ha usado prótesis anteriormente, puede aceptar otra con más rapidez aunque sea diferente de las anteriores en forma, tamaño o posición de los dientes y si hay un espacio libre interoclusal diferente, el proceso de aprendizaje puede tomar más tiempo que en una persona más joven. Estos problemas deben explicarse muy bien al paciente y, de preferencia, deben discutirse a medida que transcurre el tratamiento.

Al paciente que recibe una prótesis por primera vez, se le debe advertir que puede sentir un gran volúmen y quizá le tome tiempo normalizar el habla. La lengua y los carrillos deben aprender a controlar el movimiento de las prótesis en función. ⁽¹⁰⁾



Es posible que para comer se necesite adquirir una técnica especial. Al principio la comida debe cortarse en trozos muy pequeños para que la lengua los coloque sobre la cara oclusal de premolares y molares. Puede parecer, al principio, que la comida y las dentaduras se mezclan. Este control de la prótesis, en particular de la inferior, toma tiempo y requiere mucha paciencia antes de alcanzar la etapa en que el control se consigue de manera subconsciente.

Las prótesis no deben usarse durante la noche; su uso continuo produce estomatitis. Algunos pacientes no aceptan con facilidad esta indicación, pero deben entender muy bien que es importante el descanso de la mucosa. Si el paciente quiere usar sus prótesis durante la noche, se debe aconsejar el retiro de la prótesis para disminuir la sobrecarga de la mucosa en ambos rebordes alveolares durante los movimientos parafuncionales.

Las prótesis parciales son retentivas, por lo que normalmente no hay mucho problema para aprender a controlar los movimientos. Esta mayor retención significa que a los pacientes con frecuencia se les facilita adaptarse a una dieta normal.

Las prótesis parciales no deben usarse durante la noche y al igual que en el caso de las prótesis totales, es necesario consultar nuevamente al odontólogo si persisten las molestias. Las prótesis parciales se examinan con mucha mayor facilidad durante las visitas sistemáticas de los pacientes al consultorio. ⁽¹⁰⁾



4.1.1. INSTRUCCIONES POR ESCRITO

Durante la cita de entrega la mayoría de los pacientes están completamente absortos en el ajuste y en la evaluación del fascinante aparato nuevo. Por lo tanto, no son capaces de retener todas las instrucciones concenientes al uso y cuidado de la prótesis, por ello se les deben proporcionar instrucciones por escrito. ⁽¹⁰⁾

4.1.2. MARCADO DE LAS PRÓTESIS

Se puede hacer el marcado de las prótesis de varias maneras; en algunos países es obligatorio.

Los sistemas pueden ser desde la inclusión de tiras de metal que resisten altas temperaturas, hasta métodos muy simples de escritura en la base de la prótesis. Los sistemas de tira son ideales para las investigaciones forenses, pero su inclusión requiere un poco más de tiempo. La técnica de escritura en la base de la prótesis es ideal para identificarla en una institución. El procedimiento es muy simple. Se prepara una pequeña área de la base raspándola con una lija; se escribe la marca, que pueden ser las iniciales del paciente o un número en el área con un marcador. A continuación se cubren las letras con un barniz. En el mercado existe equipo para el marcado de prótesis. ⁽¹¹⁾

4.1.3. FIJADORES DE PRÓTESIS

El paciente adquiere el fijador de prótesis para mejorar su retención y de esta manera, su funcionamiento. Con frecuencia, esto significa que continúan usando prótesis antiguas que no ajustan bien, pero el uso



continuo del fijador causa mayor resorción, daño a la mucosa bucal y mayor incapacidad para conservar una higiene bucal satisfactoria. Los fijadores de prótesis se hacen de materiales como la goma de karaya, gelatina y pectina, que se hincha, gelifica y adquiere mayor viscosidad cuando se mezcla con agua o saliva. Algunos fabricantes les añaden antibacterianos o antisépticos como salicilato de metileno, borato de sodio, tetraborato de sodio y hexaclorofeno, aunque se duda de su utilidad. Se agregan otros materiales que actúan como conservadores, material de relleno, humectantes y saborizantes.

Los fijadores pueden recomendarse por diversas razones. A veces algunos odontólogos los usan durante la elaboración de una prótesis, lo que no es recomendable, y en tal caso la retención del fijador en un modelo de yeso piedra puede dañar la superficie del vaciado. No se recomienda el uso de fijadores después de la inserción como auxiliar en el proceso de aprendizaje, ya que los pacientes pueden volverse muy dependientes de ellos y no son un sustituto para una técnica correcta. En algunas ocasiones, son útiles después de la inserción de una prótesis inmediata; es conveniente su uso como protectores locales en la laceración por prótesis, ya que pueden aplicarse sobre la superficie protética de apoyo, cubriendo la úlcera, lo que es de utilidad si se hace junto con la corrección clínica de algún defecto de la prótesis. ⁽¹¹⁾



4.1.4. INSERCIÓN Y REMOCIÓN DE PARTE DEL PACIENTE

En la entrega de la prótesis parcial al paciente a menudo se descuida la parte de enseñar a insertar y remover la prótesis. La dificultad de esta tarea depende en cierto grado de la coordinación muscular y de la condición física del paciente, del número y posición de los ganchos retentivos y de la cantidad de retención de cada gancho.

Generalmente el problema mayor no es la inserción de la prótesis parcial. El paciente se instalara frente a un espejo de pared, mientras el odontólogo inserta la prótesis. Este explica la manera de alinear los gancho a los dientes pilares antes de aplicar cualquier presión para asentar. El paciente debe tomar las precauciones para evitar que el tejido blando del carrillo o de la lengua quede atrapado entre el gancho y el diente. Se debe demostrar al paciente la cantidad de fuerza necesaria para asentar la prótesis, advirtiéndole que una fuerza excesiva para asentar la prótesis daría en una incorrecta alineación de la misma causándole daño a la prótesis, y a los tejidos blandos.

Se debe prevenir a los pacientes con prótesis diseñadas con ganchos de proyección vertical de la remoción mediante el desmineralizamiento de la uña debajo del brazo proximal. Ya que esto, a menudo, no sólo resulta en una laceración de la mucosa, sino que también fuerza la punta retentiva del gancho en hacia el diente, dificultando la remoción de la prótesis parcial. El mejor método para la remoción de la prótesis con éste diseño, T y se da aplicando una presión en dirección oclusal. La prótesis tiene que soltarse fácilmente.



Se debe señalar al paciente la trayectoria de remoción de la prótesis en dirección opuesta a la de inserción. Con frecuencia esto lo ayuda a mantener la dirección de la fuerza de remoción a aplicar. ⁽¹⁰⁾

4.2. ASEPSIA DE LA DENTADURA

Las dentaduras se deben lavar muy bien con un cepillo y jabón germicida, enjuagar, secar y colocar en una solución de glutaldehído al 2% para desinfectarlas. Debe permanecer sumergidas por lo menos 10 minutos antes de ser entregadas al paciente. Se deben lavar antes de colocarse en el paciente. ⁽¹⁰⁾

4.2.1. INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL AL PACIENTE

Las instrucciones apropiadas al paciente son de extrema importancia. En el transcurso del tratamiento se debe enfatizar en el valor psicológico y económico de la prótesis. El prerrequisito para el éxito de una prótesis es en un adecuado cuidado casero. Por lo tanto, antes de la cita el paciente debe recibir las instrucciones completas en cuanto al cuidado y mantenimiento de los dientes remanentes y de los tejidos blandos. Las técnicas apropiadas de cepillado dental y el uso del hilo dental forman parte de la rutina actual del cuidado casero por parte del paciente. Se debe considerar como parte rutinaria del tratamiento el refuerzo y la reevaluación del paciente. Los intervalos entre cada examen varían según la condición y reacción de cada paciente, sin exceder de un año.

El uso de tabletas detectoras es un excelente manera de inculcar al paciente la necesidad de una atención meticulosa de las áreas de limpieza



difíciles de alcanzar y de develar las áreas susceptibles a la acumulación de placa y dentrito. Se debe enseñar al paciente como debe masticar las tabletas detectoras con la prótesis parcial en boca, y la remoción posterior de la prótesis, examinando ambas superficies, interna y externa, para revelar las áreas con placa. Aunque no haya acumulación de placa en la cita de instalación, se debe hacer una demostración de la técnica para que el paciente pueda checar periódicamente la efectividad de sus esfuerzos en el cuidado casero.

Al señalar al paciente que la prótesis parcial y los dientes naturales remanentes pueden ser blanco de la acumulación de la placa. El odontólogo debe demostrar el método correcto de cepillado de la prótesis, enseñando los cepillos para la prótesis y para los ganchos, Los cepillos deben tener una configuración tal que tengan acceso a las áreas difíciles de limpiar. No importa tanto el material usado como agente limpiador, sino la acción física del cepillado. Se deben evitar los agentes abrasivos, tales como los blanqueadores en polvo, que dañan la base protética de resina acrílica y el cepillado excesivo del metal con un agente abrasivo produce finalmente una superficie rugosa que permite la acumulación de alimentos. La prótesis nunca se cepilla mientras está todavía en la boca; para su limpieza siempre debe ser retirada. Se instruye al paciente en no apretar la prótesis entre los dedos y la palma de la mano durante el cepillado. El paciente tiende a apretar más fuerte mientras el limpiador se activa y se vuelve resbaladizo, por lo tanto, la prótesis se puede distorcionar en su línea media. El método preferido de cepillado consiste en agarrar un lado de la prótesis con los dedos mientras se limpia el lado



opuesto. Otra buena práctica para ofrecerle al paciente es cepillar la prótesis sobre un tazón o recipiente lleno parcialmente de agua para reducir el daño al caer la prótesis. ⁽¹⁰⁾

4.2.2. LIMPIEZA DE LOS DIENTES NATURALES

Las instrucciones relativas a la higiene bucal de los ancianos con dientes naturales remanentes son similares a las que se dan a los adultos más jóvenes. Los principales problemas se relacionan con la habilidad manual del paciente y su dificultad por asear los dientes aislados. El uso de cepillos automáticos puede ayudar a la limpieza dental general, en particular los que funcionan con baterías, de tal manera que no estorben los cables que van al mango del cepillo. Son aconsejables las pastas dentales que contienen sustancias que combaten la sensibilidad dentaria, también pueden ser útiles las que contienen hexahidrato de cloruro de estroncio o formalina. Las pastas que suelen encontrarse en el mercado hoy en día, tienen bases de sabor agradable y se prefieren a las que existían en el pasado. Con los cepillos de pequeñas cabezas o los especiales para los espacios, es posible asear los dientes aislados, aunque frotarlos con una cinta de gasa es un buen sistema. La manera ideal en que los ancianos pueden limpiar sus dientes es sentarse frente a un lavamanos y usar un espejo para observar lo que están haciendo. Para algunos ancianos no es fácil sostener el cepillo, por algún accidente vascular previo o por artritis; puede ser necesario modificar el mango o incluso personalizar la manera de sujetarlo. Con frecuencia, el mayor tamaño de los cepillos dentales automáticos es una ventaja para los pacientes en este sentido. ^(11, 27)



4.2.3. Higiene bucal de las prótesis

Se le dirá al paciente que es menester cepillar prolijamente las prótesis por lo menos dos veces al día y enjuagarse después de las comidas cada vez que sea factible.

Se quitará la prótesis de la boca y se la limpiará con cepillo blando con detergente líquido como medio de limpieza. La pasta dental común contiene un abrasivo que desgastará la superficie de la resina acrílica. Una vez por semana, las prótesis se dejan en un vaso de agua que contenga una cucharadita de clarasol durante 30 minutos para eliminar una gran parte de manchas. Después se enjuagaran prolijamente las prótesis.

Asimismo se cepillan diariamente con cepillo blando las superficies mucosas de los rebordes residuales y la superficie dorsal de la lengua. Este procedimiento proporciona estimulación para un mayor circulación y barre los residuos que podrían causar la irritación de la mucosa u olores desagradables. ⁽¹¹⁾



AUXILIARES EN LA HIGIENE

Tipo de limpiador	Constituyentes principales	Desventajas
Limpiadores en solución a. Soluciones de hipoclorito	Hipoclorito de sodio diluido	1. Blanqueamiento 2. Corrosión de los metales 3. Olor 4. Puede dañar la ropa
b. Limpiadores de peróxido alcalino	Peróxido alcalino con un agente que libera oxígeno	No elimina fácilmente las manchas No es activo contra los depósitos duros.
c. Ácidos minerales diluidos	Ácidos hidroclicóricos diluidos	Corrosión de los metales
Limpiadores abrasivos a. Polvo para prótesis	Agente abrasivo	Abrasión de la base de la prótesis y los dientes requieren el uso de cepillo.
b. Pasta	Agente abrasivo, un ácido o ambos	1. Abrasión de la prótesis 2. Es difícil asegurar una remoción total del limpiador Requiere el uso de cepillo.



CONCLUSIONES

Con el innegable que con paso del tiempo, el ser humano sufre cambios fisiológicos, patológicos y traumáticos, que representan un verdadero reto para el cirujano dentista que se enfrenta día a día en el consultorio dental con pacientes geriatras, que además de tener el desgaste y ausencia de sus piezas dentales, se suman las enfermedades crónicas degenerativas. Debido a ello, el cirujano dentista, debe presentar mayor interés a una adecuada valoración geriátrica, y detectar oportunamente las alteraciones en el manejo y tratamiento de padecimientos por el mal uso de sus prótesis dentales y las secuela que le acompañan. Por lo tanto es importante fomentar la importancia que tiene la revisión periódica de su cavidad bucal. Atender la necesidades de los pacientes de la tercera edad nos obliga a tener un mayor conocimiento de sus necesidades para proporcionarles una mejor salud y así mismo representar una mejor calidad de vida.



GLOSARIO

- Agranulocitosis** (agranulocytosis). F. Enfermedad frecuentemente fatal, más común en mujeres maduras, caracterizada por la desaparición de granulocitos y caída del número total de leucocitos.
- Atricción** (Attrition): [lat. *Attritio*, frotación contra algo]. F. Desgaste fisiológico de una sustancia o estructura; específicamente, desgaste de un diente debido al contacto con otro u otros dientes, como en la masticación, que se produce sólo en las caras oclusales, incisales y proximales, asociados principalmente con el envejecimiento.
- Escaras** (eschar) [gr. *Eschara*, costra] f. Esfacelo como el que se produce por quemaduras o gangrena.
- Esfacelo** (Slough). m. Tejido necrótico que se separa de porciones viables del organismo.
- Eversión** (eversion) [lat. *eversio*] f. Vuelco hacia fuera o de dentro afuera.
- Excrecencias** (excrecence) [ex + lat. *Crescere*, crecer] f. Cualquier crecimiento o proyección anormal.
- Fibroma** (fibroma) [*fibro* - + *-oma*]. m. Tumor benigno generalmente pequeño y encapsulado de tejido conjuntivo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



- Hipertrofia** (hypertrophy) [*hiper* + gr. *Trophe*, nutrición] f. Agrandamiento anormal o crecimiento excesivo de un órgano o una parte del cuerpo, debidos al agrandamiento de las células existentes.
- Leucoqueratosis** (leukokeratosis) [*leuco-* + *queratosis*]. F. Leucoplasia bucal.
- Osteoclasia** (osteoclasia) [lat. *Osteo* - + gr *kalis*, rotura + *-ia*] f. Absorción y destrucción de tejido óseo. V.t. reabsorción ósea.
- Pápula** (papule) [lat. *papula*] f. Lesión elevada, sólida, circunscripta de hasta 5 mm de diámetro, que puede ser palpable como en el acné.
- Paraqueratosis** (paraprotein). F. Engrosamiento anormal del estrato córneo (capa córnea) con retención de núcleos o fragmentos nucleares. Se observa normalmente en membrana mucosa verdadera de boca y vagina.
- Teratógeno** (Teratogenic) Adj. Que tiende a producir anomalías de formación
- Úlcera** (ulcery) [lat. *ulcera*]. F. Pérdida de sustancia cutánea o mucosa con excavación local de la superficie de un órgano o tejido, debida al esfacelo de tejido necrótico inflamatorio, acompañada generalmente de secreción de pus. D. *Ulceración*.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Bagan J.V. S.uy Ceballos Sebastián. Medicina Oral. Ed. Mason S. A. México 1990, pag 3-11, 151-156.
2. Gernez Rieux G y Gevois M. Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. Ed. Limusa. México 1989 pag. 3-9, 11-23.
3. Surrós Batillo Juan y Suros Batillo Antonio. Ed. Masson. Barcelona España 1987. pag 380-381.
4. Ceccoti E. L. Clínica estomatológica: SIDA, cáncer y otras afecciones. Editorial Panamericana, Argentina 1993. pag 3-7, 18-19.
5. Bates Barbará. Propedeútica Medica. pag 189-191, 218-224.
6. Lodewicky A D. El examen físico, atlas para la práctica general. Editorial manual Moderno, México 1984; pag. 94-108.
7. Cueva Francisco. Manual de Técnica Médica Propedeútica. Ed. Limusa. México 1987; pag. 1-9.
8. Boucher Carlo O. Prótesis para el desdentado total. Ed. Mundo Argentina 1975. pag. 470-479.
9. Woodall R.I. Odontología Preventiva. México 1983. Interamericana S.C.; pag. 445-448.
10. Rudd-Kuebker S. Prostodoncia Pacial Removible. Ed. Actualidades Médico - Odontológicas. Caracas, Venezuela 1993; pag. 130-132, 502-506.



11. Bates J.T. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. Ed. Manual Moderno; México 1986; pag. 63-71, 133-150.
12. Geering Aldred H. Atlas de prótesis total y sobredentaduras. Editorial Masson – Salvat Odontología; Barcelona, España 1993; pags 119-120.
13. Ozawa Degushi J. Estomatología Geriátrica. Editorial Trillas, México 1994; pag. 239-284, 87, 97.
14. McCarthy MC, Phillip L. Shklan Gerald. Argentina 1985. Editorial Atenea. Pag 16-29, 223-405.
15. Pietro Nicola. Geriatria de Peitro Nicola. El Manual Moderno, México 1987, pag 62-73.
16. Tierney L. M. Diagnóstico clínico y tratamiento, Editorial Manual Moderno. México 1998.
17. Genco D., Roberto J. Periodoncia. Editorial Interamericana, México 1993; pag 44-48, 63.
18. Boucher de Carlo Zarb A. George. Interamericana. México 1994, pag 38-43.
19. Laskin M.D. Cirugía bucal y maxilofacial. Editorial Panamericana. México, 1987; 152-162.
20. Lueckenotte A. Valoración Geriátrica. Editorial Interamericana – McGraw –Hill. España 1992, pag 130-135.
21. Zegarelli E. V. Salvat, Editores S.A. Barcelona España, 1976; pag 178-183, 340-343, 475.



22. Langanica Salazar R. Gerontología y Geriatria. Editorial Interamericana. México 1985; pag 58-70.
23. Laforest Jacques. Editorial Herder 1991; pag 357-363.
24. Regezi J A. Patología Bucal. Editorial Interamericana, México 1991, pag 33-34, 114-127, 175-182, 202-204.
25. Shafer W. G. Tratado de Patología Bucal. Editorial Interamericana. México 1984; pag 502-504.
26. Franco Martinez F. Infecciones micóticas. Dentista y Paciente 3(35): 8-9.
27. Nieto Macias M. Enjuagues en el mercado nacional. Dentista y Paciente 4(41): 14-16.
28. Cabrera Hidalgo R. Los viejos en México y su salud bucodental. Dentista y Paciente 4(38): 26-29.
29. Collangettes D, Chollet P, Fonck Y. Papillomatosis. Eur j Cancer B Oral Oncol 1993 (29): 81-82.
30. Budtz Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. J. Oral Pathol 1981 10(2): 65-80.
31. Catalan A. Stomaties associated with wearing removable dentures. Ch-Prothese 1984 12(46): 59-78.