

01421  
227



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**LESIONES MAS FRECUENTES OCASIONADAS POR EL  
USO DE PRÓTESIS TOTALES**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANO DENTISTA**

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

**SANDRA CATALINA MORENO SANTANA**

**C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME  
MTRO. VICTOR MORENO MALDONADO**



MÉXICO D. F.

11 DE ABRIL DEL 2003

1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# **TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

## **AGRADECIMIENTOS:**

### **A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO:**

POR HABERME ABIERTO SUS PUERTAS PARA REALIZARME COMO ESTUDIANTE DE ESTA IMPORTANTE UNIVERSIDAD Y PODER DECIR CON UN GRAN ORGULLO SER UN ESTUDIANTE **UNIVERSITARIO**.

### **A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA:**

A MI QUERIDA FACULTAD, QUE POR CINCO AÑOS DE MI VIDA ME DIO MUCHAS COSAS BUENAS, ME DIO LAS BASES PARA LLEGAR A SER UNA PROFESIONISTA CON EXELENTE BASES Y UNA GRAN PREPARACION.

### **A LOS PROFESORES:**

QUE CON SU PACIENCIA Y CONOCIMIENTOS, NOS DIERON LAS BASES PARA PODER REALIZARNOS COMO PROFESIONALES. EN ESPECIAL A TODOS LOS DOCTORES DE ESTE SEMINARIO QUE CONTRIBUYEN CON NUESTROS PARA REALIZARNOS COMO PROFESIONISTAS.

### **A MIS PADRES:**

#### **MARIA DE LA LUZ Y RAFAEL**

POR QUE SIN SU APOYO Y COMPRENSIÓN, NO HUBIESE PODIDO SALIR ADELANTE, MUCHAS GRACIAS POR ESE APOYO INCONDICIONAL Y POR SUS CONSEJOS, POR HABER CREÍDO EN MÍ, PARA REALIZAR EL SUEÑO MÁS GRANDE DE MÍ VIDA.

**A MIS HERMANAS:**

**ALMITA Y DULCE**

POR SU APOYO INCONDICIONAL, QUE ME HAN DEMOSTRADO A LO LARGO DE NUESTRAS VIDAS, AUNQUE SE QUE MUCHAS VECES NO DEMUESTRO LO QUE SIENTO, LAS QUIERO MUCHO.

**A MI AMIGO:**

**ERMS:**

POR TU AMISTAD Y TU COMPRESIÓN, ERES UNA PERSONA MUY ESPECIAL PARA MÍ, LLEGASTE A MI VIDA PARA CAMBIARLA, CON TU MANERA DE SER, CONTIGO PASE MOMENTOS MUY FELICES EN NUESTRA ESTANCIA POR ESTA FACULTAD, AGRADEZCO TU AMISTAD.

**ING. MODESTO FIGUEROA ACUÑA:**

POR BRINDARME SU APOYO PARA LOGRAR LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO, YA QUE SIN USTED, NO HUBIESE SIDO POSIBLE LOGRARLO.

**LIC. HORACIO BUENDÍA JIMÉNEZ:**

POR TU HABERME DADO TU AMISTAD INCONDICIONALMENTE, TU COMPRESIÓN Y CONSEJOS. GRACIAS HORACITO.

**C.D. MARIO ARAMBURU TREJO:**

POR ENSEÑARME UN POQUITO DE TODO SU CONOCIMIENTO Y POR UNA LINDA AMISTAD PARA QUE DURE SIEMPRE.

## INDICE:

INTRODUCCIÓN.....	1
HISTORIA DE LA DELEGACIÓN IZTAPALAPA.....	3
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	12
CAPÍTULO I: PROSTODONCIA.....	13
> DEFINICIÓN.....	14
> OBJETIVO.....	15
> SUPERFICIES PROTÉTICAS.....	16
> RETENCIÓN.....	17
> CONTORNO DEL PROCESO.....	18
CAPÍTULO II: CARACTERÍSTICAS DE LA MUCOSA BUCAL EN LOS PACIENTES ADULTOS.....	19
CAPÍTULO III: LESIONES MAS FRECUENTES OCASIONADAS POR PRÓTESIS TOTAL.....	22
> HIPERPLASIA PAPILAR.....	23
> ÚLCERAS TRAUMÁTICAS.....	25
> HIPERPLASIA MARGINAL.....	28
> ESTOMATITIS PROTÉSICA.....	30
> CANDIDIASIS.....	34
> QUELITIS ANGULAR.....	39
> HIPERPLASIA FIBROSA.....	40
> ÉPULIS.....	42
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	44
JUSTIFICACIÓN.....	44
HIPÓTESIS.....	45
OBJETIVO GENERAL.....	45
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45

4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....</b>	<b>46</b>
<b>Y MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>47</b>
<b>Y TIPO DE ESTUDIO.....</b>	<b>47</b>
<b>Y POBLACIÓN OBJETIVO.....</b>	<b>47</b>
<b>Y MUESTRA.....</b>	<b>48</b>
<b>Y VARIABLES DE ESTUDIO.....</b>	<b>48</b>
<b>Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....</b>	<b>48</b>
<b>Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....</b>	<b>48</b>
<b>Y RECURSOS:</b>	
<b>⇒ HUMANOS.....</b>	<b>49</b>
<b>⇒ FÍSICOS.....</b>	<b>49</b>
<b>⇒ MATERIALES.....</b>	<b>49</b>
<b>Y CRONOGRAMA.....</b>	<b>50</b>
<b>Y RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
<b>Y TABLAS Y GRÁFICAS.....</b>	<b>52</b>
<b>Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>57</b>
<b>Y BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>60</b>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

La Delegación Iztapalapa es una de las delegaciones políticas con mayor número de habitantes en el Distrito Federal, con una cultura y una idiosincrasia que la caracteriza. Lamentablemente es una demarcación donde la población habitante, es en su mayoría de escasos recursos, lo que se refleja en su estilo de vida, costumbres, etc. Dentro de esa población, existe un gran número de adultos mayores, quienes son una parte de la sociedad, la cuál vive en pobreza, rezago social, discriminación por parte de sus familias y la sociedad.

Ese rezago social del cual son víctimas se denota en su carencia de información de salud bucal, lo que les ha ocasionado problemas de salud por el mal manejo de prótesis dentales, sin saber las consecuencias que ello implica.

El Estado, por su parte, debe garantizar las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores, mediante programas para asegurar a todos ellos una preparación adecuada para un sano estilo de vida.

En base a este orden de ideas, se pretende implementar un programa de salud bucal enfocado en apoyar principalmente a las personas adultas mayores que requieran un servicio dental y que no tengan apoyo económico para satisfacerlo, tomando en cuenta, que su derecho a la asistencia médica y los servicios necesarios para su bienestar, lo que me ha motivado para ayudar a este grupo de personas y dar a conocer la importancia de tener una boca sana.



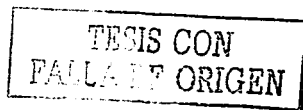
La Delegación Iztapalapa se divide en siete Direcciones Territoriales: Aculco, Santa Catarina, Ermita - Zaragoza, Centro, Cabeza de Juárez, San Lorenzo Tezonco, Paraje San Juan. Nuestro trabajo se desarrolla dentro de la Dirección Territorial Cabeza de Juárez, donde se cuenta con 46 grupos de Tercera Edad con una población de 1045 adultos mayores.

Dentro de esta Territorial las personas que la habitan son en su mayoría de recursos económicos muy bajos, viven solos, pensionados, jubilados, etc.; que no pueden pagar un tratamiento dental, acudiendo a los diferentes lugares de gobierno a atenderse, pero estos tratamientos no los pueden obtener por el costo tan elevado de los mismos, canalizándolos a las diferentes escuelas de odontología a atenderse.

La mayoría por la edad que presentan y por su convivencia familiar, no pueden asistir a la atención odontológica debida, de ahí que un alto porcentaje no use dentaduras parciales o totales.

Las pocas dentaduras que usan las personas son muy viejas, que no se quitan ni para dormir y no hay un correcto lavado, por la carencia de información del Cirujano Dentista hacia el paciente, provocando todo tipo de lesiones bucales.

El papel del Cirujano Dentista será entonces el de educar y concientizar al paciente geriátrico del uso y cuidados que hay que darle a su dentadura, como quitársela, como desinfectarla, en que momentos debe descansar de ella, cuando hay que cambiarla por una dentadura nueva, y con que frecuencia asistir al consultorio dental a la revisión, en éstas el Cirujano Dentista nos dará las indicaciones a seguir.



## HISTORIA DE LA DELEGACIÓN IZTAPALAPA

### VOCABLO IZTAPALAPA

El nombre de la Delegación Iztapalapa proviene de la lengua náhuatl, (Iztapalli-losas o lajas, Alt-agua, y Pan-sobre) que pueden traducirse como "En el agua de las lajas".

Este topónimo describe su situación ribereña, como es sabida esta demarcación junto con otros espacios aledaños, tuvo su asentamiento parte en tierra firme y otra en el agua, conforme el conocido sistema de chinampas.

### ANTECEDENTES:



### ESQUEMA REPRESENTATIVO DE IZTAPALAPA.

Abstracción realizada a partir del símbolo delegación al existente de la Delegación Iztapalapa que significa en el Agua de las Lajas, por considerarlo una buena abstracción se ha realizado de manera que se conserven los elementos distintivos de la Imagen Original, adecuándolas para su fácil reproducción en diferentes medios.

### LAS CHINAMPAS

Por todos lados había agua, de ahí otra interpretación del vocablo **Iztapalapan**, "en el agua atravesada".

El agua brotaba de los manantiales, de los árboles "llorones" y "ahuejotes"; de los "ojos de agua"; también del Cerro de la Estrella, sobre todo en temporada de lluvias, bajaba hacia las **Chinampas**, parajes hechos con carrizos, lodo y ramas de árboles, que con sus raíces las mantenían sujetas a la tierra.

Fue la Chinampería de gran importancia para la siembra del maíz, la lechuga, las acelgas, el betabel, los ajos, las lenguas de vaca, la col, el nabo, los romeritos (que eran los mejores por su exquisito sabor, gracias al salitre de la región); y las nutritivas alcachofas que hicieron de **Iztapalapa** un pueblo famoso por sus verduras.

Las **zanjas** dividían a las Chinampas: Tezontitla, El Bordo, El **Moral**, Las Largas, Las Cuadradas, Tecorrales, Zapotla, El Acalote y Santa Rosa entre otras. Corría el agua formando "**acalotes**" por donde se transitaba en chalupitas, chalupas y chalupones. Algunas casas tenían embarcadero propio para descargar la cosecha, pero los más utilizados eran los llamados "**puentes**" como el de Puente Titla, El Vergel, Tezontitla, Del **Moral**, El Arquito, La Moronga, Quemado y el de Apatlaco.

Las Chinampas en **Iztapalapa**, fueron hábitat de toda variedad de fauna:

Garzas, chichicuilotos, cardenales, tórtolas, jilgueros, del quetzal que adorna con su plumaje el penacho de Moctezuma. Inmensas parvadas de patos llegaban a reposar, unos emigraban y otros preferían quedarse ahí. De carpas; acosiles, ranas y, un sin fin de animales que atraídos por la vegetación, hacían del lugar un paraíso.

Árboles como el tamariz, zapote, chabacano, membrillo, granada; flor como el alcatraz, de la ninfa, amapola. En los **acalotes** había mucho tule, jarilla, el casi insignificante chilacastle, y la bola (lirio de agua) con la que **trabajaban**

la tierra *peclanes*. Al lirio o *bola* lo utilizaban como abono: lo revolvían con la tierra, a que se pudriera, ponían las semillas -de lechuga por ejemplo- y cuando abría ésta, estaba listo el almárcio para trasplantarse.

Se dice que Cuittlahuac se bañaba en el *ojo de agua de Claquilpa*.

En la Hacienda de la Purísima estaban los Manantiales y pozos de donde bombean el agua para abastecer a la población.

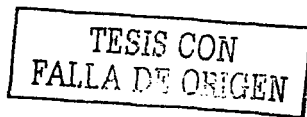
Por tanta agua que había, en la región se formaba el salitre y el tequezquite, al que utilizaban como jabón para bañarse y lavar la ropa así como condimento para la preparación de los tamales.

Corrió el rumor de la expropiación de las Chinampas, los papás de los abuelitos comentaban que estaba muy lejos el que se llevara a cabo, pues Iztapalapa vivía de la chinampería, y que ellos no lo verían. Décadas después, efectivamente los días 21 y 27 de abril de 1970, se expropiaron las Chinampas para la construcción de la actual Central de Abasto del Distrito Federal y así se cumplió lo dicho "no lo vieron"; solo hijos, nietos y bisnietos vieron la destrucción de esa Herencia Prehispánica como fueron las Chinampas.

Dicho (entre camaradas) chinampero: "la monegua", a lo que otro contestaba: "la mochitegua".

## **PRIMEROS POBLADORES:**

En *Culhuacán* había 18 estancias circundando la cabecera, de las cuales en el siglo XVIII solamente se conservaban *San Lorenzo Tezonco* y *Santiago Acahualtepec*.



Conocemos algunos de estos datos gracias al "*Plano de Culhuacán*" y la "*Relación Descriptiva...*" a la que acompañaba, y que había mandado a hacer en 1580 el corregidor de *Mexicatzingo*, Gonzalo Gallego, con el objeto de enviarlos al rey Felipe II. Lo más interesante de este plano es que aparecen señaladas las estancias del rumbo de *Culhuacán* con sus capillas, muchas de las cuales aún existen. También aparece, junto a la iglesia principal del pueblo, asentado un molino y batán trazado en forma de arco, en el que se hacía papel.

Se explica la preocupación por la producción del papel en tanto constituía materia prima fundamental para el monasterio de San Juan Evangelista, ambos inmuebles para su adecuado funcionamiento se basaban en un embarcadero construido en el siglo XVI, aprovechando una acequia y alimentado por manantiales y corrientes. Seguramente eran utilizados para el funcionamiento del molino de papel y para abastecer al convento agustino. Aún se conservan restos del molino, encerrados en el patio de un predio particular.

Poco después de haber instalado los franciscanos su sede en la Ciudad de México. En la región de *Iztapalapa* establecieron dos "visitas de doctrina", *San Mateo Huitzilopochco* y *San Lucas*, la primera se convirtió en parroquia secular en 1548 y la segunda en 1570.

Por su parte los frailes agustinos comenzaron en 1552 la construcción de su monasterio en *Culhuacán*, edificación que se llevó a cabo en varias etapas, concluyéndose en 1569 bajo la advocación de San Juan Evangelista —la tradición popular también la ha llamado de San Matías. En este monasterio los frailes fundaron un seminario de lenguas, el cual funcionó durante más de cien años, en él se preparaba a los religiosos en el aprendizaje de los idiomas y dialectos indígenas y de la labor evangelizadora.

Los religiosos de la orden franciscana, levantaron en 1580 un claustro en *Huitzilopochco*. También edificaron pequeñas casas en *San Marcos Mexicaltzingo*, hacia 1580, *Santa Marta* y *Nativitas Tepetlacingo*, hacia 1862. Estas fueron durante mucho tiempo visitas, subordinadas a la parroquia de *San José de los Naturales* de la ciudad de México, excepto *Mexicaltzingo* que fue doctrina hasta 1770 en que todas las iglesias de esa demarcación fueron secularizadas y dotadas de su propio clérigo.

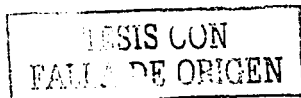
Las iglesias de *San Lucas Evangelista*, *San Marcos Mexicaltzingo*, *San Juan Evangelista*, *la capilla del Calvario*, y la de *Santa Marta Acatitla*, fueron edificadas sobre basamientos de un templo prehispánico, que seguramente era también religioso y que los españoles destruyeron para imponer sobre aquellos los suyos; generalmente los materiales de los anteriores sirvieron para la construcción de los nuevos templos.

## IZTAPALAPA EN EL SIGLO XIX

El paisaje rural de los alrededores de la Ciudad de México fue transformándose lentamente durante el siglo XIX. La región de **Iztapalapa**, a pesar de encontrarse a escasos 14 kilómetros de la capital, durante los primeros años del México independiente, sólo alcanzaba a ver la **polvadera** que alzaban los carromatos de viajeros y ejércitos procedentes o con destino a Puebla o Veracruz, ya que el camino atravesaba por ese rumbo, a un lado del Peñón Viejo. También por **Iztapalapa** cruzaban los caminos que iban por Aztahuacán, a Chalco, Mixquic, Amecameca, Ixtapaluca y Ayotla; por Tulyehualco a Xochimilco, Tlalpan, Tláhuac, Zapotitlán y Milpa Alta, y por la Calzada de **Iztapalapa** a Coyoacán, Mixcoac, Tacubaya y México.

Dos vías fluviales eran los canales que partían de Chalco y Xochimilco, se unían para formar el Canal Nacional, poco antes de su paso por Culhuacán y Mexicaltzingo, al cruzar el camino real de **Iztapalapa** —Calzada Ermita-Iztapalapa— se convertía en Canal de la Viga; iba paralelo a un camino terrestre del mismo nombre, pasando por Iztacalco y Santa Anita y llegaba hasta el embarcadero de Rodán en el mercado de La Merced de la Ciudad de México.

A través de este canal se transportaban los productos agropecuarios de los pueblos de la región de **Iztapalapa** y del campo que recorría el canal, en general la capital era abastecida de lo que se producía en los poblados aledaños. Muchos pueblos del sur del Valle continuaban empleando el sistema de chinampas (ver vocablo) como en la época colonial, por ser el suelo propicio ya que era cenagoso. La agricultura era el soporte económico básico, y además permitía satisfacer las necesidades locales de maíz, frijol y numerosos vegetales.



Durante esa centuria y hasta principios del siglo XX, en la región existieron las haciendas de La Soledad, La Purísima y San Nicolás Tolentino de Buenavista en el pueblo de **Iztapalapa** y hacia el Cerro del Marqués o Peñón Viejo, la hacienda del Peñón y la del Arenal; había además varios ranchos en distintos lugares, La Viga, El Tesoro, Tres Puentes, Asunción y Santa María entre otros.

A la mitad del siglo, el pueblo de **Iztapalapa** contaba con 3,416 habitantes, distribuidos en los barrios de San Miguel, San Nicolás, Jerusalem, Ladrillera, Xomulco, Ticomán, Santa Bárbara, Huitzila, Cuautla, Xoquilas, Tecolpa, Tecicalco y Alizoca. Y en el resto de la municipalidad habla 1,809 habitantes distribuidos en los pueblos de San Andrés Tetepilco, San Simón, Santa María Nativitas y Mexicaltzingo, en las haciendas de La Soledad y Portales y en los ranchos de Suárez, José Tenorio y Sánchez Albarrada.

Huitzilopochco, pasó a depender de la jurisdicción de Coyoacán desde tiempos de la colonia, época en que se le agregó el nombre de San Mateo y durante el siglo XIX se le denominó solamente Churubusco.

La ley de la organización política y municipal de 1903 le agregó a **Iztapalapa** los pueblos de Iztacalco, San Juanico, Santa Cruz Meyehualco, Santa Martha, Santa María Aztahuacán, Tlacoyucan Tlaltenco, San Lorenzo Tezonco, Santa María Zacatlamanco y Zapotitlán, con lo cual su población ascendió a 10,440 habitantes, de los cuales 7.200 vivían en la cabecera establecida para entonces ya en **Iztapalapa**. Hacia 1920 la población total de la municipalidad era de más de 20 mil habitantes, correspondiendo 9 mil a la cabecera.

Desde 1861 se habían organizado numerosas municipalidades y en su reglamentación se fijaban los límites del Distrito Federal, quedando dentro de éstos el municipio de **Iztapalapa**, en el partido de Tlalpan. En 1928, un año



antes de que establecieran las delegaciones, existían 15 municipios en el Distrito Federal, entre los cuales estaba el de **Iztapalapa**. A partir de 1929, por la ley del 31 de diciembre de ese mismo año, se establecieron las Delegaciones, y el Distrito Federal quedó dividido en la Ciudad de **México** y 12 delegaciones, una de ellas era la de **Iztapalapa**.

Al principio de este siglo la población en general siguió siendo rural, las actividades económicas de la comarca continuaron basándose en la agricultura, destacando la producción de hortalizas y de flores; también se extralran algunas canteras de *Culhuacán* y del *cerro del Marqués*.

En 1912 el ferrocarril de San Rafael y Atlixco atravesaba la municipalidad, iba de México a *Ozumba*, era la vía angosta; los pueblos de la comarca se comunicaban entre sí por un tranvía de tracción animal. En el extremo oriental de la región pasaba el Ferrocarril Interoceánico, igualmente era la vía angosta, partía de la estación de San Lázaro con destino al Puerto de Veracruz.

No podemos dejar de mencionar en este breve recorrido de la evolución histórica, política, social, cultural y religiosa la celebración de la *Semana Santa* en **Iztapalapa** (ver costumbres), en la medida que se condensan matices de carácter ritual, mágico, ideológico, y por supuesto religioso que se siente e involucra a un inmenso sector de la sociedad.

La vuelta a la vida tiene para los de **Iztapalapa** un importante sentido histórico: recuerdan y evocan constantemente que el origen de la *Semana Santa* se vincula con la devastadora epidemia del cólera que azotó a esta jurisdicción en 1843.

La urbanización de la delegación se desarrolló en la primera década de este siglo, en que se inició su expansión hasta confundir su mancha urbana con

las colonias de las delegaciones vecinas. Durante esos años fue entubado el *Canal de la Viga*, que pasó a ser un drenaje cubierto 1955-. Convertido junto con el camino *Real de calzada de la viga*, Las últimas chinampas de Culhuacán y Mexicaltzingo, que colindaban con el canal, desaparecieron paulatinamente.

En diciembre de 1928 se expidió la primera *Ley Orgánica del Distrito y Territorios Federales*, en donde se definió que el órgano a través del cual el presidente ejercería el gobierno del Distrito Federal sería el Departamento del Distrito Federal. A partir de entonces la historia legislativa de la capital de la República se ha visto enriquecida con la presencia de diversos ordenamientos hasta nuestros días.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

**CAPÍTULO I:  
PROSTODONCIA**

**PROSTODONCIA:** Es la parte de la Prótesis Odontológica consagrada al estudio de la rehabilitación fisiopatología de la edentación.

Se entiende por parte de la prótesis odontológica, a diferencia de las demás ramas protésicas: concretamente a la prótesis total: bimaxilar o monomaxilar a la prótesis inmediata o de implante que requiere de un tratamiento técnico-quirúrgico previo o a la prótesis sobre dientes remanentes previamente tratados y preparados.

Es una rehabilitación fisiológica por que involucra las funciones de la masticación, deglución, fonética, estética y eventualmente adaptación psíquica.

La terminología correcta y de mayor difusión castellana es:

**PROST-** restauraciones protéticas

**ODON** - parte de la Odontología

**CIA** - consagrado al estudio.

De la patología clásica de la edentación total, que es la pérdida de todos los dientes de ambos maxilares o de uno solo.

La edentación influye desfavorablemente en el equilibrio orgánico social del ser humano; transforma el aspecto facial, altera el lenguaje, perturba la alimentación, modifica la nutrición, altera la expresión, repercute en la mente y en los sentimientos y afecta la vida en la relación.

La exigencia del tratamiento de dentadura completa incluye el diseño y forma de un objeto o dispositivo físico-mecánico: la prótesis. Este objeto deberá ser colocado para convivir en un medio biológico oral y dinámico.



## **OBJETIVOS DE LA PROSTODONCIA:**

Se puede formar un criterio propio para los pacientes edéntulos y todos los problemas de desequilibrio planteados a consecuencia de la edentación, no a un ser humano variado y cambiante, pero equilibradamente integrado: anatómico, fisiológico, psíquico y socialmente.

La edentación influye desfavorablemente en el equilibrio orgánico y social del ser humano, transforma el aspecto facial, altera el lenguaje, perturba la alimentación, modifica la nutrición, altera la expresión, repercute en la mente y en los sentimientos y afecta a la vida de relación.

La exigencia del tratamiento de dentadura completa incluye el diseño y forma de un objeto o dispositivo físico-mecánico: la prótesis. Este objeto deberá ser colocado para convivir en un medio biológico bucal y dinámico.

Estará rodeado de numerosas estructuras móviles y sujeto a muchas condiciones que generan potenciales de fuerza que alteran los factores retentivos y estabilizadores. Estos factores intermitentes y variables no tienen con estructuras que sustituyen, a pesar de que este objetivo debe servir como un sustitutivo adecuado para los tejidos humanos vitales ausentes y actuar en armonía dentro de la compleja y variante interrelación de otros procesos biológicos y sistemas corporales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **SUPERFICIES PROTÉTICAS:**

Una prótesis total o dentadura completa se integra de dos elementos esenciales:

- La base protética
- Los dientes artificiales

La caracterización de la encía artificial y en su caso el rebase pueden considerarse como parte de la base. Reconocemos en este conjunto tres superficies constitutivas definidas; cada superficie desarrolla una actividad específica en la adaptación, estabilidad y función de la dentadura :

- 1) La superficie de apoyo
- 2) La superficie pulida
- 3) La superficie oclusal

**La superficie de apoyo** que se obtiene a través de una impresión está representada por la superficie interna de la base; es la que se adaptará a las condiciones de los rebordes residuales y no debe de ser pulida.

**La superficie pulida** que se obtiene mediante la técnica de encerado representa la superficie externa de la dentadura; se presta a caracterizaciones de la encía artificial y siempre estará pulida.

**La superficie oclusal** se desarrolla a través de las superficies oclusales de los dientes artificiales y se determina por una programación oclusal con antagonización.

## ZONA NEUTRA:

La consecuencia inmediata con la pérdida de todos los dientes naturalmente es la formación de un espacio vacío o espacio potencial disponible para la dentadura.

Se le conoce como la "Zona Neutra" y es el área en el espacio potencial de la dentadura, donde las fuerzas de la lengua presionan hacia fuera y desarrollan individualmente a través de la contracción muscular, durante las diferentes funciones de la masticación, deglución, fonética, etc, con variantes en dirección y magnitud.

Los tejidos blandos de los labios y carrillos forman los límites externos; y la lengua, el límite interno del espacio neutro de la dentadura. El sistema labios-carrillo-lengua, que limita la zona neutral para dentaduras completas, se localiza en aquellas áreas de la boca de una persona edéntula, donde los dientes serán colocados de tal forma que las fuerzas ejercidas por los músculos influyan a estabilizar la dentadura.

## RETENCIÓN:

Las fuerzas que intervienen en la retención de la dentadura son:

- Adhesión
- Cohesión
- Peso

1) Adhesión: cuando dos sustancias diferentes entran en contacto directo, la molécula de cada cuerpo se atraen unas a otras; así se unen las moléculas del epitelio y la base de la dentadura, realizando la adaptación. El efecto más importante es la adhesión de las moléculas de saliva a la dentadura y a



los tejidos de la boca; de tal forma que la fuerza adhesiva es mayor que las fuerzas que sostienen unidas a las moléculas de saliva.

- 2) Cohesión: cuando la atracción entre las moléculas dentro de la misma sustancia, a eso se le llama cohesión.

El factor limitante en el efecto retentivo de adhesión y cohesión es la cohesión de la saliva; esta se rompe cuando se retira la dentadura.

- 3) Peso: el peso estructural de la dentadura es un factor a considerar; en el maxilar superior una dentadura ligera ejercerá una fuerza gravitacional menor de desplazamiento, inversamente incrementada en la mandíbula, cuyo ligero sobrepeso dentro de los límites fisiológicos, favorecerá el asentamiento de la dentadura en su sitio.

### **CONTORNO DEL PROCESO:**

La forma ideal del proceso edéntulo es aquella que ofrece una resistencia máxima al desplazamiento de la dentadura en sentido vertical, lateral, anterior, y posteriormente.

Un reborde con flancos casi verticales y paralelos, extendiéndose sobre un área ofrece una mejor retención a las fuerzas desplazantes e inestables.

**CAPÍTULO II:  
CARACTERÍSTICAS DE LA MUCOSA BUCAL EN PACIENTES  
ADULTOS.**

El proceso de envejecimiento produce en los tejidos una serie de cambios graduales e irreversibles y acumulativos que son particularmente evidentes en la piel, la cual se observa seca y muestra una notable modificación en su grosor, así como la presencia de arrugas. Cambios semejantes se presentan en la mucosa bucal, la cual se vuelve más delgada, suave y seca, lo que origina mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.<sup>1</sup>

El epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal, forma una superficie continua que protege a los tejidos adyacentes de la cavidad bucal, la cual funciona como una barrera mecánica. Esta protección depende de su queratinización y de su capacidad para descamar las células epiteliales. El epitelio del surco gingival no está queratinizado y se compone de unas cuantas capas celulares. Sin embargo el surco se limpia por sí mismo, ya que se renueva considerablemente más rápido que el epitelio bucal.

Los movimientos de masticación y deglución mantienen a las partículas de alimentos y a los agrupamientos bacterianos en movimiento, y por medio de flujo de la saliva son llevados hacia atrás para ser deglutidos mediante la acción de succión en la cual participan todos los elementos de la cavidad bucal.

De acuerdo con Squier<sup>1</sup> los cambios más significativos que se producen a nivel microscópico de la mucosa bucal del anciano destacan:

- Atrofia del epitelio superficial, principalmente en el dorso de la lengua
- Incremento en la queratinización
- Aplanamiento de la unión entre el epitelio y el tejido conectivo
- Disminución del número de células y degeneración de las fibras del tejido conectivo
- Agrandamiento varicoso de las venas del vientre de la lengua
- Aumento de la cantidad de glándulas sebáceas (puntos de Fordyce)
- Atrofia progresiva de las glándulas salivales menores

- Disminución en el número y densidad de las terminaciones nerviosas sensitivas especialmente en la encía y lengua, donde se registra una disminución de los corpúsculos gustativos.

Esta serie de modificaciones, es al menos parcialmente, la causante de la sensación de ardor, pérdida del gusto y problemas de adaptación a las dentaduras completas y parciales, por parte de los pacientes de edad avanzada.

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

**CAPÍTULO III:**  
**LESIONES MAS FRECUENTES OCASIONADAS POR EL USO  
DE PRÓTESIS TOTALES.**

## **LESIÓN:**

Trauma en uno o más dientes y/ o en las estructuras que encajan los dientes en la mandíbula.

Entre las lesiones más frecuentes en pacientes con dentadura total encontramos:

- Hiperplasia papilar
- Úlceras traumáticas
- Hiperplasia marginal
- Estomatitis protésica
- Candidiasis
- Quelitis angular
- Hiperplasia fibrosa
- Épulis

## **HIPERPLASIA PAPILAR:**

Lesión benigna causada por la irritación mecánica de una prótesis desadaptadas y otros factores desconocidos.

También es llamada *papilomatosis* o *papilomatosis del paladar* es una lesión que se localiza básicamente en la mucosa del paladar duro, en personas portadoras de dentaduras totales superiores en un 53%.

Se presenta con frecuencia en pacientes con dentaduras flojas o mal adaptadas que predisponen al posible crecimiento de microorganismos de *Cándida albicans* por debajo o en la interfase de la base de la dentadura y la mucosa.<sup>2</sup>

Por lo regular se presenta en pacientes que llevan su dentadura día y noche, siendo mas frecuente el sexo femenino.<sup>2</sup>

Los estudios de Heicht, mostraron la hiperplasia papilar como:

- a) una lesión premaligna que consiste en una proliferación del epitelio con numerosos papilomas concéntricos,
- b) una lesión benigna causada por la irritación mecánica por prótesis mal adaptadas.



Hiperplasia Papilar causada por dentadura de cámara de succión

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**

El área de la mucosa palatina que tiende a ser afectada con mayor frecuencia es la bóveda.

Se caracteriza por prolongaciones eritematosas múltiples y papilas edematizadas, lo que produce un aspecto verrucoso granular.

Las prolongaciones pueden ser delgadas y casi vellosas, por lo regular cada prolongación tiende a ser cilíndrica y roma con espacios estrechos a cada lado.

La ulceración es rara si bien el intenso eritema confiere algunas veces apariencia erosiva.

## **TRATAMIENTO:**

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica de la lesión antes de construir la prótesis del paciente.

La extirpación quirúrgica puede incluir:

- Raspado
- Electrocirugía
- Mucoabrasión
- Láser

Retirar la dentadura antes de dormir, lavarla, conservarla en un medio húmedo con algún antimicótico y tener una higiene bucal mínimo 3 veces al día después de cada alimento.

En casos leves, el empleo de acondicionadores de tejido, con cambio frecuente del material de revestimiento, puede reducir la anomalía para evitar el tratamiento quirúrgico, el tratamiento tópico antimicótico, también ayuda a abatir la intensidad de la lesión, aunque por sí solo no tiene ningún efecto curativo.

## **ÚLCERAS TRAUMÁTICAS:**

Una úlcera se define como la pérdida del epitelio. La estructura de la úlcera y su borde son puntos decisivos para la valoración clínica, además de la cantidad, profundidad y forma de las lesiones





Úlcera Traumática

Las úlceras constituyen la lesión más común de tejido blando en la boca. La mayor parte se debe a traumatismo mecánico simple y casi siempre es evidente la relación causa / efecto, la mayoría de las veces se relacionan úlceras traumáticas agudas o crónicas con las dentaduras totales. <sup>2</sup>

Los traumatismos pueden ser de diferente carácter:

- Físicos
- Químicos

- a) **Físicos:** mordedura, alimentos cortantes, cerdas rígidas de cepillos de dientes, bordes agudos de coronas, aparatos dentales.
- b) **Químicos:** debido a sustancias cáusticas o productoras de escaras como nitrato de plata, ácido acetilsalicílico y ácido tricloroacético.

Las ulceraciones traumáticas generalmente se asocian con el uso de dentaduras totales en pacientes de edad avanzada.



Úlcera traumática

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**

Se produce una zona eritematosa, poco después se lesiona y aparece como una ulceración cubierta de fibrina con los bordes enrojecidos, agrandados, y son muy dolorosos. Esta es la úlcera aguda típica, provocada por una dentadura total recién colocada, como la sintomatología es aguda y el paciente se encuentra aun en la etapa de adaptación, el problema se resuelve en pocos días con un desgaste o ajuste de las prótesis.

Si el traumatismo es ligero y provoca molestias leves, sobre todo en portadores de prótesis antiguas, observándose la mucosa eritematosa y comienza a engrosar, hipertrofiando, al punto de llegar a causar verdaderas tumoraciones diagnosticadas como fibromas.

Estas tienen una zona de implantación alargada en el fondo del vestibulo con una ulceración central leucoqueratósica. Áspera y dura, frecuentemente colonizada por *Cándida*, coincidiendo con uno o varios pliegues y en uno de los cuales se aloja el borde traumático de la prótesis.<sup>3</sup>

## **TRATAMIENTO:**

En el tratamiento podemos mencionar que hay que eliminar la causa traumatizante y aplicar un suave antiséptico en colutorio, eventualmente nistatina.

## **HIPERPLASIA MARGINAL:**

Es una lesión asintomática y se asocia a la irritación crónica de bordes periféricos sobreextendidos o desajustados de una dentadura completa sobre el epitelio del surco vestibular, por resorción del reborde residual.

Es una lesión que se presenta exclusivamente en el paladar duro, esta lesión se ve en 1 de cada 10 pacientes que usa prótesis total superior.

La lesión puede observarse alrededor de los bordes vestibulares y bucales de una prótesis inmediata, de transición o de uso prolongado. Se dan cambios de volumen rápidos y continuos de los tejidos blandos después de las extracciones, junto con la reparación ósea y la resorción de los tejidos alveolares residuales que dan como resultado el asentamiento de la base protésica en los tejidos de soporte <sup>1</sup>

El borde periférico de la dentadura inmediata o el desajuste prolongado ejerce así presión sobre la mucosa del vestibulo causando hiperplasia marginal.



Hiperplasia Marginal

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se pueden considerar como factores etiológicos causales los siguientes:

- Prótesis totales superiores desajustadas
- Su uso por largos periodos de tiempo nocturno.
- Higiene protésica y bucal deficiente
- Disminución de la secreción salival.
- Factores predisponentes, locales y generales.

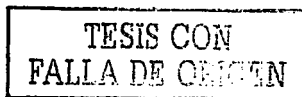
### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**

Es la lesión mas 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.

Por esto la irritación y el traumatismo crónico, provocan una respuesta exagerada de reparación del tejido fibroso, lo que causa la aparición de pliegues indoloros del tejido fibroso que rodean al borde sobreextendido de la dentadura artificial.<sup>4</sup>

### **TRATAMIENTO:**

El tratamiento consiste en retirar la prótesis causal o desgastar el borde periférico a fin de permitir el descanso de los tejidos y su recuperación. Esta recuperación puede lograrse diseñado el contorno de la dentadura con modelina de baja fusión y materiales para acondicionamientos de tejidos por compresión, alivian radicalmente o mejoran los casos graves, preparándolos para la extirpación quirúrgica que se intentará cuando los procedimientos anteriores no solucionen el problema o sean de larga duración.



## **ESTOMATITIS PROTÉSICA:**

Es una lesión que afecta a un gran número de pacientes, la prevalencia se considera que alrededor del 50% de los pacientes portadores de prótesis removible pueden padecer de esta lesión en algún momento.

Se ha comprobado que la mucosa del reborde residual y la palatina cambian de color y de estructura después de usar por cierto tiempo dentaduras completas.



Estomatitis Protésica

Los cambios que se presentan en la mucosa al examen clínico son:

- Mucosa más enrojecida y brillante
- Con granulomatosis



Estomatitis Protésica

TESIS CON  
A DE ORIGEN

Los cambios histopatológicos consisten principalmente en:

- Aumento de volumen inter o intracelular conducente a edema, el cual probablemente aumenta la presión traumática bajo de la prótesis produciendo posteriormente cambios tisulares degenerativos
- Reducción del espesor del epitelio
- Ausencia del estrato córneo
- Un aumento de los espacios intercelulares especialmente en el estrato basal
- Intensa filtración de células inflamatorias principalmente de linfocitos

Entre los factores etiológicos se encuentran los traumáticos, tóxicos, microbiológicos, alérgicos, sistémicos, una higiene de la dentadura deficiente, utilización sin descanso de la prótesis, traumatismos por desajustes, infecciones.<sup>5</sup>

Una de las principales causas para la aparición de esta lesión es el trauma causado por la prótesis y la presencia de microorganismos especialmente el de la *cándida albicans*. El trauma es un factor predisponente y la *Candida albicans* es determinante inductora de la estomatitis simple o granular así como de la queratitis angular y glositis.

Hay diferentes formas de traumas como causantes principales en la incidencia de estomatitis; los tipos de traumas son:

- a) Poca estabilidad de la base
- b) Oclusión céntrica y excéntrica traumática.

Se descubrió que en las prótesis se produce la colonización de los estreptococos *Mutans Y Sanguis* que se relacionan con la presencia de una superficie bucal sólida y apropiada para la colonización bacteriana <sup>1</sup>

Hay una clasificación que hace A. V. Nexton en 1962, para esta lesión y la clasifica en:

- a) Primer periodo (Primer Grado): aparición de punteado rojizo sobre la mucosa palatina. Inflamación simple localizada incluye punto de hiperemia e inflamación difusa de un área limitada de la mucosa palatina.
- b) Segundo periodo (Segundo Grado): se observa una mucosa hiperémica, lisa y atrófica. Es una inflamación simple mas generalizada, incluye un eritema difuso en la mayor parte o en la totalidad de la mucosa de soporte.
- c) Tercer periodo (Tercer Grado): la mucosa presenta un aspecto granulado o nodular. Es una inflamación de tipo granular

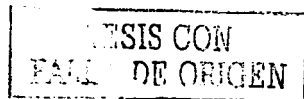
#### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**

La mucosa subyacente a la dentadura se torna muy roja, hinchada, lisa o granular y dolorosa. Con frecuencia se observan puntos múltiples de hiperemia, por lo general son en el maxilar.

Es común que haya una fuerte sensación de ardor, el enrojecimiento de la mucosa esta bien delimitado y se restringe al que está en contacto con la prótesis.

Suelen aparecer en los tejidos blandos situados sobre el paladar duro y generalmente se caracteriza por un 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 dentaduras, pero en algunos casos se presentan en forma de placas localizada en lesiones aisladas.



Los síntomas son muy variables, algunas veces la lesión es asintomática, aunque es mas frecuente que el enfermo se queje de cierta sensibilidad, sequedad, sensación de ardor, hasta un verdadero dolor. Pueden llegar a presentar dolores intensos con sensación de quemadura, quelitis angular y glositis.

### **TRATAMIENTO:**

Tomando en cuenta todos los factores desencadenantes, es el tratamiento a seguir.

El acúmulo de placa es un reservorio de microorganismos muy importante, se debe pensar en primer lugar en eliminarla, mediante el cepillado de la prótesis, los dientes remanentes, lengua después de cada comida y antes de acostarse, así como la utilización de diferentes agentes químicos. Este sería el primer paso como profilaxis para evitar el desarrollo de la estomatitis. En cuanto a los cuidados de la prótesis, lo más aconsejable es retirarlas de la boca durante la noche para permitir que la mucosa se recupere de la presión ejercida y limpiar la prótesis con un agente limpiador antes de dormir.

Dentro de los agentes limpiadores tenemos a:

- Hipoclorito sódico al 5% durante 5 minutos  
ó
- Clorhexidina al 0.2 %  
ó
- Bicarbonato sódico al 20%

El tratamiento médico va encaminado a la erradicación de la *Cándida* mediante tópicos o sistémicos en aquellos casos mas graves que no responden a los medios previos o bien a las enfermedades sistémicas graves.<sup>5</sup>



Los más utilizados son:

- Nistatina tópica en enjuagues o en pomada
- Ketaconazol tópico al 2%
- Fluconazol de uso sistémico ( 50mg / día durante 14 días)
- Anfotericina B: su presentación es en tabletas, cremas o enjuagues
- Tabletas vaginales disueltas en la boca

El tratamiento protésico se basa en el análisis inicial del desajuste, en caso de necesitar una mayor retención o soporte, inicialmente podemos realizar un rebase con acondicionador de tejidos, esto unido al tratamiento médico que va ha eliminar la estomatitis y hasta entonces será cuando se confeccione una nueva prótesis.

En resumen los puntos clave para prevenir y tratar la estomatitis protésica se basan en:

- Educar al paciente en las medidas higiénicas adecuadas de boca y prótesis
- Retirar las prótesis para descanso nocturno de la mucosa bucal
- Programa de revisión y mantenimiento de las prótesis cada año
- Tratamiento médico y protésico adecuado cuando la estomatitis esté instaurada.<sup>1</sup>

### **CANDIDIASIS:**

Es una enfermedad causada por un hongo parecido a una levadura, la *Cándida (Monilia) albicans*, se ha demostrado que este microorganismo habita comúnmente en la cavidad bucal, el aparato digestivo y vagina de

personas que clínicamente no están afectadas. La sola presencia del hongo no es suficiente para producir la enfermedad. Se dice que la enfermedad es la infección más oportunista del mundo. <sup>2</sup>

La Candidiasis se incluye en un grupo de enfermedades mucocutáneas con un agente etiológico común del género de *cándida* de hongos. <sup>6</sup>

La infección con este organismo suele ser superficial y afecta el borde externo de la mucosa bucal o piel.

La Candidiasis relacionada con las prótesis tal vez sea la forma de la enfermedad bucal. Un factor predisponente es el uso prolongado de una prótesis total. <sup>7</sup>



Candidiasis



Las manifestaciones bucales pueden ser agudas o crónicas con diferentes grados de intensidad.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Estas son variables, identificándose una gran variedad de formas:

- **Candidiasis Aguda**: son placas típicas blancas de consistencia blanda a gelatinosa o nódulos que crecen a dirección centrífuga y se entremezclan. Las placas se componen de microorganismos fúngicos desperdicios queratósicos, células inflamatorias, células epiteliales descamadas, bacterias y fibrina. El desprendimiento de las placas pseudomembranosas con un áposito de gasa o aplicador recubierto en la punta de algodón deja una superficie eritematosa, erosionada o ulcerada, muchas veces dolorosa. Aunque las lesiones de la Candidiasis bucal se pueden desarrollar en cualquier sitio, las áreas predilectas influyen en la mucosa de la boca y pliegues mucobucuales, la mucofaringe y los bordes laterales de la superficie dorsal de la lengua. Cuando la pseudomembrana no se ha desprendido aun, los síntomas acompañantes son mínimos, en casos graves, los pacientes se quejan de algunas veces de dolor, ardor y disfagia.



Candidiasis aguda

- **Candidiasis Atrófica**: La persistencia de la Candidiasis pseudomembranosa aguda puede provocar desprendimiento de la pseudomembrana, con la aparición de una lesión roja mas

generalizada conocida como **Candidiasis atrófica aguda**. A lo largo del dorso de la lengua se pueden observar placas en las cuales se han perdido papilas y queratina, anteriormente se le conoció como estomatitis por antibióticos o glositis por antibióticos debido a su relación con la antibióterapia de infecciones agudas.



Candidiasis atrófica aguda



Candidiasis atrófica aguda

- **Candidiasis Atrófica Crónica:** Es un conjunto de lesiones atróficas frecuentes, esta forma en particular se presenta hasta en un 65% de los pacientes geriátricos que usan dentadura maxilar completa (úlcera bucal por dentadura). La expresión de esta forma de Candidiasis depende del condicionamiento de la mucosa bucal por ser recubierta por una prótesis. Existe una predilección por la mucosa del paladar en comparación con el arco alveolar mandibular. Las mujeres muestran mayor tendencia a desarrollar esta forma de enfermedad en comparación con los hombres.

El aspecto clínico es el de una superficie de tono rojo brillante, algo aterciopelado o guijarrosa con queritanización relativamente escasa. La lesión se observa más enrojecida y afecta principalmente la mucosa del paladar duro, sin embargo puede extenderse a toda la zona de apoyo de la dentadura, la zona afectada presenta numerosas elevaciones papilares, y se pueden distinguir en dos formas:

- a) La forma papilar difusa afecta extensas áreas del paladar y se caracteriza por ser una lesión de aspecto verrugoso constituida por finas elevaciones papilares de menos de 1 mm de diámetro.
- b) La forma polipoide, que afecta a personas no portadoras de prótesis y es más común en la parte posterior del paladar duro, invadiendo un poco al paladar blando.

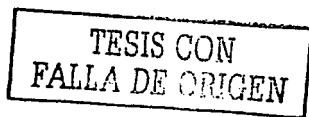
Se inicia generalmente en la superficie palatina (en la zona de alivio):

- a) Papila incisiva
- b) Sutura
- c) Rugosidades del paladar

#### **TRATAMIENTO:**

La mayor parte de las infecciones por *Cándida albicans* se puede tratar con simple aplicación tópica de nistatina en suspensión. En pacientes portadores de dentadura total, se puede usar crema de nistatina sobre el tejido afectado y en la propia dentadura para suministrar contacto prolongado y eliminar los microorganismos del material dental.

Suprimir la administración de antibióticos de amplio espectro produce en general resolución de las infecciones bucales por levaduras.



Si se utilizan agentes oxigenantes de manera continua, como peróxido de hidrógeno, la eliminación de estas sustancias particulares debe permitir el restablecimiento de la flora bacteriana normal de la boca y aliviar los síntomas.

### **QUEILITIS ANGULAR:**

Este término se refiere a una serie de manifestaciones inflamatorias erosivas, ulcerosas y costrosas situadas en los ángulos de la boca. También se le conoce como *perleche* o *Candidiasis angular*.



Queilitis Angular

La causa de dichas lesiones se ha atribuido a múltiples factores:

- Enfermedades sistémicas
- Deficiencias nutricionales
- Disminución de la distancia maxilomandibular
- Prótesis completas inadecuada
- Estímulos imitativos locales
- Algún tipo de alergia

Los síntomas por lo general son pocos y el paciente refiere ardor en las comisuras y sequedad<sup>8</sup>

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**

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

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

Teniendo como tratamiento la supresión de la causa o el establecimiento de medidas adecuadas para corregir el estado existente.

### **TRATAMIENTO PROSTÓDONTICO:**

- a) Remozar el medio, aplicar humectantes, proteger la lesión
- b) Restaurar la distancia vertical maxilomandibular fisiológica y morfológica
- c) Prescribir vitaminas del complejo B

### **HIPERPLASIA FIBROSA:**

Esta lesión es consecuencia de la resorción del reborde residual ante una dentadura mal ajustada debido a las fuerzas oclusales desequilibradas y constantes en una zona localizada. Dándole una forma en "filo de cuchillo" al reborde óseo.<sup>1</sup>



Hiperplasia Fibrosa

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**

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 reabsorbe con el uso prolongado de la prótesis, por esto la irritación y el traumatismo crónico provocan una respuesta exagerada de tejido conectivo fibroso, lo que causa la aparición de pliegues indoloros de tejido fibroso que rodean el borde extendido de la dentadura artificial.<sup>10</sup>



Hiperplasia Fibrosa



## **TRATAMIENTO:**

El descanso del paciente de la prótesis por periodos largos, puede disminuir el tamaño de la lesión, sin embargo se requiere de un tratamiento quirúrgico, para la eliminación total de la lesión y la confección de una nueva dentadura para el paciente. <sup>3</sup>

## **ÉPULIS:**

Es una hiperplasia que ocurre alrededor del borde de la dentadura, de tipo fibroso, conocida como *épolis fissuratum* <sup>8</sup>

Esto tiene lugar en la mucosa que reviste el surco o la unión de la mucosa insertada y la libre. Es el resultado de la irritación crónica de la aleta mal ajustada de una dentadura sobre el epitelio del fondo de saco.

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**

Es una lesión que se observa en la mucosa vestibular donde la pestaña de la prótesis entra en contacto con el tejido. A medida que los rebordes óseos de la mandíbula y la maxila se reabsorben por el uso prolongado de la prótesis, las pestañas se extienden más de manera gradual hacia el vestibulo, de allí la irritación crónica y el traumatismo pueden propiciar una reacción reparadora exuberante de tejido conectivo fibroso. El resultado es la aparición de pliegues indoloros de tejido fibroso que rodean la pestaña extendida de la dentadura. <sup>9</sup>

La lesión presenta diversos aspectos, desde simples dobleces a múltiples pliegues de tejido blando hiperplásico. La lesión llega a cubrir una zona del vestibulo o a extenderse a toda su longitud. <sup>10</sup>

Los épulis alcanzan a observarse alrededor de los bordes vestibulares de la dentadura inmediata o de transición cuando el paciente no regresa para su prótesis.



Épulis

**TRATAMIENTO:**

El tratamiento consiste en eliminar la dentadura causal o acortar sus bordes para permitir el descanso de los tejidos y su reparación. El descanso de los tejidos debe de ser lo suficientemente prolongado para causar la regresión del épulis y la cicatrización total.

Los casos de larga duración, se procede al e eliminación quirúrgica, esta logra disminuir la profundidad del vestibulo una vez que haya presentado la contractura de la cicatriz.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Las lesiones bucales que presentan los pacientes con dentadura total, se deben a una mala higiene, un sobre uso de la dentadura, desajustes, una dentadura muy vieja, entre otros.

Los estudiantes de la Facultad de Odontología, se deben concienciar y capacitar para atender a este tipo de pacientes, que por lo general, son personas jubiladas o pensionadas que carecen de los recursos para atenderse dentalmente, por lo que sus visitas al Consultorio Dental, son casi nulas, siendo un sector olvidado de la población, de allí, que las personas que llegan a traer su dentadura padezcan de alguna lesión bucal, por la falta de información.

## **JUSTIFICACIÓN:**

La mala información del Cirujano Dentista, hacia el paciente geriátrico sobre los cuidados de las prótesis totales superior y/o inferior ocasiona lesiones, de distinta índole en el sistema estomatognático, de ahí la importancia de promover la educación en servicio bucal en este tipo de pacientes.

## **HIPÓTESIS:**

### **a) TRABAJO:**

- La mayoría de las lesiones bucales, que presentan los adultos mayores en la delegación Iztapalapa son por las prótesis viejas.
- La lesión bucal mas frecuente en los grupos de tercera edad de la Delegación Iztapalapa es Candidiasis.
- Las lesiones bucales en los Adultos Mayores, son causadas por un sobreuso de la dentadura.

### **b) NULA:**

- En los grupos de Adultos Mayores de la Delegación Iztapalapa no padecen de ninguna lesión en boca.

## **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar cuales son las lesiones bucales con mayor prevalencia en pacientes que utilizan dentadura total, en grupos de tercera edad, dentro de la Delegación Iztapalapa.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar las lesiones bucales mas frecuentes en pacientes de tercera edad en relación al sexo y edad
- Relacionar a todas aquellas lesiones que tienen como origen, la mala higiene de la dentadura.

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

La población en estudio de esta investigación estuvo constituida por 30 pacientes de la Tercera Edad, de los diferentes grupos de la Dirección Territorial Cabeza de Juárez, perteneciente a la Delegación Iztapalapa que fueran portadores de dentadura total, a los cuales se les realizó una revisión bucal, indicándoles que se retirarían su dentadura para poder observar si presentaban alguna lesión por causa de su dentadura.

Los materiales utilizados fueron: espejo dental y pinzas de curación. Para la técnica de recolección de datos se diseñó un formato con todas las variables de estudio (ANEXO 1) los resultados se analizaron con estadísticas descriptivas de frecuencia y porcentaje de cada una de las variables de estudio.

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

### **POBLACIÓN OBJETIVO:**

Estuvo conformada por pacientes de la Tercera Edad de la Delegación Iztapalapa.

## **MUESTRA:**

Estuvo constituida por 30 pacientes pertenecientes a grupos de **tercera edad** de la Delegación Iztapalapa, cuyas edades fluctúan entre 60 y 85 años que sean portadores de dentaduras totales.

## **VARIABLES DE ESTUDIO:**

Las variables de estudio fueron: edad, sexo, ocupación, su entorno familiar, la higiene de su prótesis, cada cuanto cambia su prótesis, si descansa en algún momento del día de ella.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes pertenecientes a grupos de la Tercera Edad de la Delegación Iztapalapa.
- Pacientes que sean portadores de dentadura total.
- Pacientes que tengan 3 meses con su dentadura total.
- Pacientes que quieran participar en este estudio.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes pertenecientes a grupos de la Tercera Edad que no pertenezcan a la Delegación Iztapalapa.
- Pacientes que tengan menos de tres meses de usar dentadura total.
- Pacientes que no quieran participar en este estudio.

## **RECURSOS:**

### **a) RECURSOS HUMANOS**

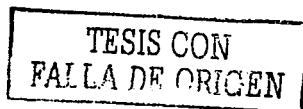
- Una pasante de la Facultad de Odontología.
- Un Director Cirujano Dentista.
- Un asesor Cirujano Dentista.

### **b) RECURSOS FÍSICOS O DE INFRAESTRUCTURA**

- Salón de reunión de los grupos de tercera edad
- Facultad de Odontología, biblioteca y sala de cómputo

### **c) RECURSOS MATERIALES**

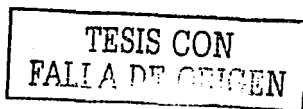
- Libros.
- Computadora.
- Impresora.
- Hojas Blancas.
- Cuestionarios.
- Guantes.
- Espejos dentales.
- Pinzas de Curación.
- Esterilizador.
- Gasas.
- Algodón.
- Cubrebocas.
- Bata blanca.
- Lápiz.
- Cámara fotográfica.
- Rollo fotográfico.
- Silla.
- Escritorio.
- Discos de 3 1/2 " de alta densidad.





## **CRONOGRAMA:**

1. Primer día: entrevista con el Director Territorial en Cabeza de Juárez, Ing. Modesto Figueroa Acuña, para la autorización de la visita a los grupos de tercera edad de esa territorial.
2. Segundo día: entrega de la carta autorización de la Facultad de Odontología, para el Ing. Modesto Figueroa Acuña.
3. Entrega del listado de los grupos de tercera edad de la Territorial Cabeza de Juárez.
4. Primer visita a los grupos de tercera edad, con una pequeña plática de lo que se trata el programa.
5. Primer día de aplicación de encuestas y revisión dental a los adultos mayores.
6. Segundo día de realización de encuestas y revisión dental.
7. Tercer día de realización de encuestas y revisión dental, finalizando con una plática a los adultos mayores.



## **RESULTADOS:**

La mayoría de los adultos mayores visitados, son portadores de prótesis dentales muy viejas, que con el paso de los años se han ido desajustando, hasta llegar a un punto en el cual es muy difícil sostener una prótesis en boca.

Otra problemática encontrada en este tipo de pacientes, es el gran número de ellos, que carecen de prótesis dentales y los que tienen dientes padecen de una enfermedad periodontal muy grave.

Dentro de los pacientes encuestados sobresale el sexo femenino, y un rango de edades que van desde los 60 años hasta más de 80 años.

## TABLAS Y GRÁFICAS

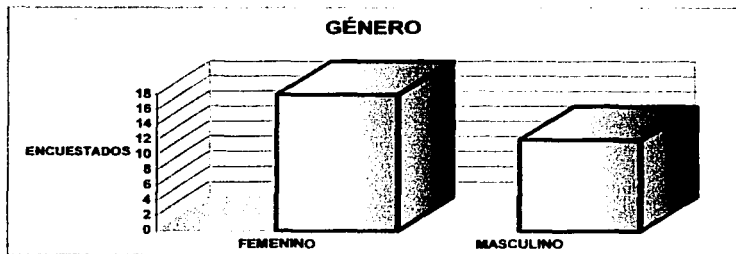
**TABLA 1:**

**GÉNERO**

FEMENINO	MASCULINO
18	12

**TOTAL: 30 PACIENTES**

**GRÁFICA**



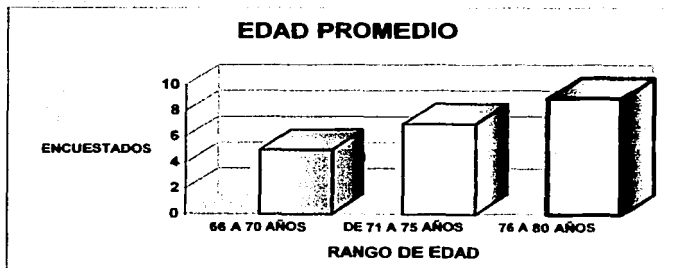
**TABLA 2:**

**EDAD**

60 A 65 AÑOS	66 A 70 AÑOS	DE 71 A 75 AÑOS	76 A 80 AÑOS
9	5	7	9

**TOTAL: 30 PACIENTES**

**GRÁFICA:**



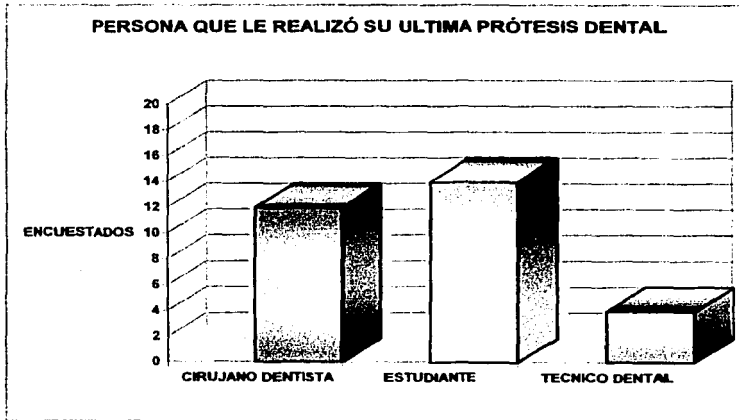
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 3:**

**PERSONA QUE LE REALIZÓ SU ULTIMA PRÓTESIS**

<b>CIRUJANO DENTISTA</b>	<b>ESTUDIANTE</b>	<b>TÉCNICO DENTAL</b>
12	14	4

**GRÁFICA:**

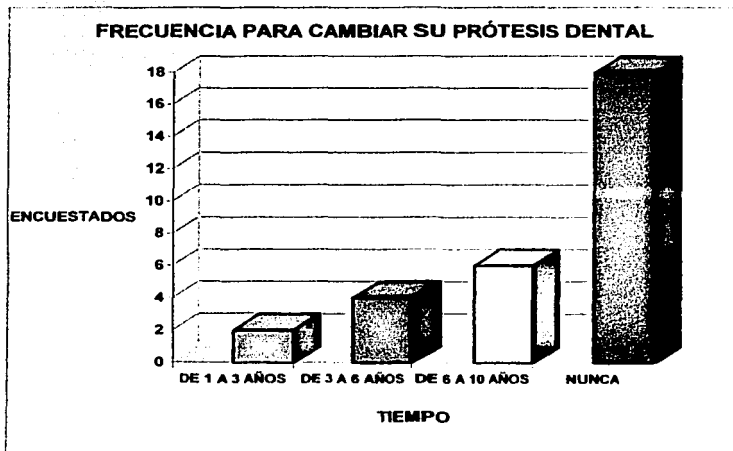


**TABLA 4:**

**FRECUENCIA PARA CAMBIAR SU PRÓTESIS**

DE 1 A 3 AÑOS	DE 3 A 6 AÑOS	DE 6 A 10 AÑOS	NUNCA
2	4	6	18

**GRÁFICA**



## **CONCLUSIONES:**

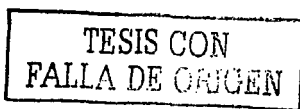
Las lesiones con mayor prevalencia en boca son debidas a la antigüedad de las prótesis así como la lesión con mayor frecuencia es la candida albicans.

Siendo esta la lesión con mayor frecuencia en este tipo de pacientes por una mala información del paciente, por el Cirujano Dentista, ya que los pacientes no tienen la suficiente educación y las posibilidades de atenderse o de regresar posteriormente a un ajuste de su dentadura y por que no reciben información del Cirujano Dentista acerca de los cuidados necesarios para una rehabilitación óptima.



## **BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- Osawa Deguchi José Y, Estomatología Geriátrica, Primera Edición, México, Editorial Trillas, 1994**
  
- 2.- Regezzi Joseph A., Patología Bucal, Tercera Edición, México, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 2000**
  
- 3.-Dentista y Paciente, Volumen 8, Numero 90, México, Editorial Carma**
  
- 4.- Sharry John J., Prostodoncia Dental Completa, Primera Edicion, España, Ediciones Toray S.A, 1977**
  
- 5.-Profesión Dental, Volumen 5, Numero 10, 2002**
  
- 6.-Enfermedades de la Boca: Semiología, Patología, Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal (Tomo III), Argentina, Editorial Mundi, 1976**
  
- 7.- Sapp J. Philippe, Patología Oral y Maxilofacial Contemporanea, España, Editorial Harcourt, 1998**
  
- 8.- Strassbur Manfred / Knolle Gerdt, Mucosa Oral: Atlas a Color de enfermedades, Tercera Edición, España, Editorial Marvan Libros, 1996**



9.- Zarb George A, **Prostodoncia Total de Boucher, Decima Edición, México, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México, 1994**

10.- **Winkler Sheldon, Prostodoncia Total, Nueva Editorial Interamericana, Primera Edicion, México, 1982**

11.- **Osawa Deguchi José Y., Prostodoncia Total, Imprenta Universitaria de México, Primera Reimpresión, México, 1995**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**ANEXOS**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



**TITULO:**

**LESIONES MÁS FRECUENTES OCASIONADAS POR EL USO DE PRÓTESIS TOTALES**

1.-EDAD: \_\_\_\_\_

2.-SEXO:

- a) FEMENINO                      b) MASCULINO

3.-OCUPACIÓN:

- a) PROFESIONISTA      b) COMERCIANTE      c) OBRERO  
d) JUBILADO      e) OTRA

4.- USTED VIVE:

- a) SOLO      b) CON SU PAREJA      c) CON ALGUN FAMILIAR  
d) OTRO

5.- PARA SU HIGIENE PERSONAL:

- a) LO HACE USTED SOLO      b) ALGUN FAMILIAR LO AYUDA  
c) TIENE ALGUNA PERSONA A SU SERVICIO

6.- LA HIGIENE DE SU PRÓTESIS:

- a) USTED LA REALIZA      b) OTRA PERSONA LA HACE      c) NO LA REALIZA

7.- CUANTO TIEMPO TIENE UTILIZANDO DENTADURA TOTAL:

- a) DE 1 A 3 AÑOS      b) DE 3 A 6 AÑOS      c) MAS DE 6 AÑOS

8.- ASISTE AL DENTISTA AQUE LE REVISEN SU DENTADURA TOTAL 2 VECES AL AÑO?

- a) SI                      b) NO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**9.- DESCANSA EN ALGUN MOMENTO DEL DIA Y DE NOCHE EL USO DE SU DENTADURA**

- a) SI                      b) NO

**10.- RECIBIÓ USTED INFORMACIÓN DE PARTE DE LA PERSONA QUE LE HIZO SU DENTADURA?**

- a) SI                      b) NO

**11.- CON QUE FRECUENCIA CAMBIA USTED SU DENTADURA TOTAL:**

- a) DE 1 A 3 AÑOS      b) DE 3 A 6 AÑOS      c) DE 6 A 10 AÑOS  
d) NUNCA

**12.- UTILIZA ALGUNA MEDIDA DE HIGIENE PARA LA LIMPIEZA DE SU DENTADURA**

- a) SI                      b) NO

**13.- EN EL ÚLTIMO AÑO. HA SUFRIDO DE ALGUNA LESIÓN EN SU BOCA**

- a) SI                      b) NO

**15.- CON QUE FRECUENCIA?**

- a) FRECUENTEMENTE    b) POCO FRECUENTE    c) NUNCA

**16.- QUIEN LE HIZO SU ÚLTIMA DENTADURA?**

- a) CIRUJANO DENTISTA    b) ESTUDIANTE          c) TÉCNICO

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
COORDINACIÓN DEL SEMINARIO  
DE TITULACIÓN

ING. MODESTO FIGUEROA ACUÑA  
DIRECCIÓN TERRITORIAL,  
CABEZA DE JUÁREZ, IZTAPALAPA

Solicito muy atentamente su autorización para que el pasante MORENO SANTANA SANDRA CATALINA No. de cuenta 93125828, realice su investigación para elaborar la tesina: Lesiones más frecuentes ocasionadas por el uso de prótesis totales, en la institución que usted tan dignamente dirige

Sin más por el momento y esperando contar con su apoyo, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo,

Atentamente,  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
Cd. Universitaria, D. F., a 6 de febrero de 2003

LA COORDINADORA

DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN