



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

ALTERACIÓN FRECUENTES OCASIONADAS POR EL  
USO DE PRÓTESIS TOTAL MAL AJUSTADAS.

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANA DENTISTA  
P R E S E N T A N:  
NARANJO LONA MARTHA.  
ROJAS MANDUJANO MARIA CYNTHIA.

DIRECTORA DE TESIS.  
C.D. ANA LILIA CAMARENA OLMEDO.

FES ZARAGOZA



CIRUJANO  
DENTISTA

Febrero 2006

0352978



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Martha Varugo Lona

FECHA: 30 Enero 05

FIRMA: [Firma]

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Martha Rosa Mendez

FECHA: 30 Enero 05

FIRMA: [Firma]

*Martha Naranjo Lona y Ma. Cynthia Rojas M.*

*Gracias Señor.*

*Por permitirnos vivir la alegría de ver realizado uno más  
de nuestros sueños en nuestra vida. Tú que en silencio nos acompañas a lo  
largo de la vida y sin pedirnos nada a cambio, guarda  
nuestro corazón cerca de ti y guíanos  
día con día en el camino que lleva  
hacia a ti.*

*A Nuestros Maestros.*

*A veces solíamos correr sin dirección, temiendo que el silencio  
Acorralará nuestras palabras. A veces solíamos dormir sin tranquilidad,  
Huyendo de nuestros pasos efímeros.  
Y hoy tenemos nuestra vida en el diálogo, en nuestra acción;  
Hoy nos llevamos el conocimiento y la sabiduría,  
El éxito y la fortaleza, la tranquilidad y entendimiento,  
Hoy nos llevamos lo que somos, y podemos decir  
¡Fue un placer haber sido sus alumnas!*

*A mis Padres.*

Que me brindaron su apoyo, consejos y en los  
Momentos más difíciles me alentaron a seguir adelante,  
Anhelando que siempre me preparará para enfrentarme a la vida.  
Hoy se ven culminados nuestros esfuerzos y mis deseos,  
Iniciándose así, una etapa más en mi vida,  
En la que siempre estarán en mi corazón  
Por ello, a Dios y a ustedes  
¡Gracias!

*A Oscar.*

No es fácil llegar, se necesita afínco, lucha,  
Librar los obstáculos que se presentan día a día y un gran deseo.  
Pero sobre todo apoyo como el que he recibido  
Durante este tiempo, por permitirme robarte mucho del tiempo  
En el que merecía estar contigo, para culminar  
Una de mis mas grandes metas  
Ahora mas que nunca se acredita mi cariño, amor,  
Admiración y respeto, con todo mi amor  
¡Gracias! Por lo que hemos logrado.  
Te amo.

*A mi Princesa.*

A quien quiero y tuve que robarle horas de convivencia,  
Cuidados y juegos para poder terminar mi carrera,  
Agradeciéndole que a cambio al verme, brille su mirada  
Y corra con alegría hacia mí, brindándome sonrisas y mil besos  
Demostrándome así su gran cariño.  
Para ti hija, que desde que naciste eres mi mayor ilusión, mi valentía,  
Mi fuerza, mi alegría... la razón de mi vida.  
Te quiero.

*A mis seres queridos*

Como un pequeño testimonio por el gran apoyo brindado  
Durante los años mas difíciles de mi vida,  
en los cuales he logrado terminar mi carrera profesional  
la cual constituye un aliciente para continuar con mi  
superación ¡Gracias!

*A mis Padres.*

He llegado a comprender que no hay soluciones fáciles para Problemas difíciles,  
que hay que luchar por lo que queremos y que esté, es apenas el comienzo de una vida.

*PAPÁ*, tu autoridad es ahora fértil; *MAMÁ*, tu apoyo es inmenso.

Mi gratitud es el prestigio que ante mis ojos ustedes han ganado,  
Lo han conquistado con amor. Es por esto que quiero trascender  
Y decir algo más por los demás, ahora empiezo a ser yo misma  
Y tengo, como ser humano, capacidad creadora y de servicio.

Gracias por amarme y apoyarme. Ahora me encuentro preparada  
Para un existencia feliz, digna, libre y responsable.

He aprendido que no es lo que cuenta lo que tienes en la vida,  
Sino a quienes tienes en ella.

Los amo.

*A mi hermano.*

Dedico la presente como un agradecimiento al apoyo brindado  
durante estos años de estudio y como un

Reconocimiento de gratitud al haber finalizado esta  
Carrera.

*A mi Familia.*

Gracias, lo único que acierto a decir es gracias por todo

El apoyo que me han brindado en el transcurso de mi vida,

Por toda la ayuda recibida, por las palabras de aliento escuchada en los  
Momentos más difíciles, por todas las cosas, y ahora que hago realidad uno de mis más  
caros anhelos quiero agradecer toda la paciencia y Comprensión para conmigo.

A mis seres más queridos

Gracias.

*A Jorge.*

Mil gracias por todo lo que me has dado y sobre todo,

Por la confianza que me has transmitido día con día

Con tan sólo haber creído en mí

¡Te quiero!

*A ti amiga*

*Gracias por haber estado siempre a mi lado,  
por escucharme y alentarme a seguir adelante,  
por ayudarme a salir de mis peores momentos  
y sobre todo por el apoyo que me brindaste  
incondicionalmente  
¡ te Quiero!  
Martha*

*A ti Amiga*

*Al termino de esta etapa de mi vida, quiero expresar un  
Profundo agradecimiento a ti que con tu ayuda, apoyo,  
Comprensión y amistad, me alentaron a lograr esta hermosa realidad  
Que ahora es para las dos,  
Gracias por estar siempre conmigo.  
Cynthia.*

## ÍNDICE

	Página.
<b>Introducción</b> .....	1
<b>Justificación</b> .....	2
<b>Planteamiento del problema</b> .....	3
<b>Marco teórico</b> .....	4
<b>Morfología de La cavidad bucal en personas senectas</b> .....	5
<b>Proceso alveolar sanos</b> .....	5
<b>Prevención de cambios morfológicos en la cavidad bucal</b> .....	6
- Descanso del tejido.....	6
- Higiene de las dentaduras.....	7
- Higiene y masaje del tejido.....	8
<b>Cambios Fisiológicos en el paciente senecto</b> .....	9
a) Saliva.....	9
b) Cambios de lubricación. ....	10
c) Cambios en la lengua.....	11
<b>Cambios en la conducta</b> .....	12



**Cambios gingivales relacionados con el envejecimiento.....13**

**Causas por las que se puede presentar una alteración ocasionada por el uso de prótesis total.....14**

- Factores de retención.....15
- Problemas al masticar.....17

**Hiperplasia fibrosa .....18**

- Definición.....18
- Sinónimos.....19
- Etiología.....20
- Características histológicas.....21
- Características clínicas.....22
- Incidencia.....23
- Tratamiento.....24
  - Protésico.....24
  - Quirúrgico.....25
    - a) Biopsia.....27
    - b) Vestibuloplastia.....29
- Prevención de la hiperplasia fibrosa.....30

**Úlcera traumática.....31**

- Definición.....31
- Etiología.....32
- Características histológicas.....33
- Características clínicas.....34
- Diagnóstico diferencial.....36
- Tratamiento.....37

**Objetivos.....38**

**Diseño de la investigación ... 39**

<b>Conclusiones.....</b>	<b>40</b>
<b>Propuestas.....</b>	<b>41</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>42</b>

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación documental se lleva a cabo con el fin de resaltar la importancia y trascendencia de las alteraciones que con mayor frecuencia se encuentran en pacientes portadores de prótesis total mal ajustada. Mencionaremos de manera especial la hiperplasia fibrosa y ulcera traumática que son las alteraciones que con respecto a la investigación realizada se encuentran con mayor frecuencia. Es por eso, que nuestro interés estriba en que la salud dental y el estado de conservación de la dentadura son un espejo de bienestar físico y psicológico.

La trascendencia de este trabajo radica en permitir identificar las lesiones que se atienden en la práctica clínica del cirujano dentista, así como dar solución y tratamiento adecuado, para que los portadores de dichas prótesis no sean candidatos a problemas o alteraciones más graves a nivel sistémico.

Señalando sin lugar a duda la importancia del correcto ajuste de una prótesis dental, sin olvidar el compromiso y responsabilidad profesional que debe de existir y así restablecer la armonía al sistema estomatognático.

## JUSTIFICACIÓN

La calidad de la atención en salud es, sin lugar a dudas, una de las mayores preocupaciones de quienes tenemos la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud a la población y una necesidad sentida de quienes requieren de estos servicios.

De ahí el interés de abordar este tema por la escasa información de estas alteraciones y la frecuencia con que son encontradas en nuestra población.

Observándose, con mayor frecuencia la hiperplasia fibrosa *lesión vegetante muy común de los tejidos blandos del fondo de surco vestibular superior e inferior, de pacientes edéntulos. El área afectada generalmente inflamada, presenta un crecimiento de tejido firme y rojizo. Es provocada por la irritación crónica de prótesis mal adaptadas con bordes sobre extendidos.*<sup>1</sup>

Otra lesión es la úlcera traumática que es la *pérdida de sustancia superficial o profunda, rodeada por una zona rojiza inflamatoria, ligeramente elevada. El fondo es de color blanco grisáceo debido a la necrobiosis superficial. Su consistencia es elástica, gomoide y edematosa. Son dolorosas, siempre están relacionadas a traumatismos dentarios y protésico.*<sup>1</sup>

Una vez que el cirujano dentista haya identificado el problema se realizará el tratamiento oportuno trabajando multidisciplinariamente.(psicólogo, medico, protesista, patólogo, maxilofacial.)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las alteraciones ocasionadas con mayor frecuencia por el uso de prótesis total mal ajustadas?

## MARCO TEÓRICO

Durante la investigación realizada encontramos diversas alteraciones que son ocasionadas por el uso de prótesis total mal ajustadas, observándose que la frecuencia de estas es mínima. A continuación daremos los nombres de cada una de ellas.

1. Dolor bucal. Algunos paciente con problemas psicológicos podría encajar dentro de este tipo de alteración. Los síntomas son un espectro extraño de dolor en mucosa de soporte de prótesis, irritada, sensible y que produce comezón. Con frecuencia en tales pacientes la tolerancia de la mucosa es muy baja, sin signos clínicos o de laboratorio visibles.
2. Seudofibroma irritativo. Es una lesión fibrosa que se manifiesta por una reacción a un estímulo traumático o irritativo. se presenta en cualquier parte de la boca, pero la lesión provocada por prótesis es más común en el vestíbulo inferior.
3. Estomatitis subprótesica. El origen de esta forma de candidiasis no está aclarado, aunque se sabe que está implicada a diversos factores etiológicos: higiene deficiente, utilización sin descanso de las prótesis, traumatismos continuados por desajustes, infecciones y alergia de contacto a los materiales de la prótesis. Clínicamente observamos una mucosa eritematosa y edematizada con áreas hiperplásicas de aspecto granular en el paladar.
4. Queratosis friccional. Es un aumento del volumen y de la consistencia de la capa superficial de la epidermis su etiología procede de factores traumáticos (prótesis mal ajustadas, hábitos de irritación crónicos, mordeduras o cepillado dental exagerado).
5. Fibroma. La mayoría de los autores le atribuyen una etiología traumática o por succión de la mucosa que tiende a ocupar los espacios vacíos. Clínicamente aparece como una tumoración asintomática, dura y firme a la palpación.
6. Irritación o alergia al acrílico. Esta Alteración es de las menos frecuentes, solo se da en aquellos pacientes alérgicos al material utilizado.<sup>7,8,9,11,12,14,16,17,18,19,20.</sup>

Dentro de estas alteraciones se encuentra la hiperplasia fibrosa y úlcera traumática, que son las más frecuentes y de las cuales a continuación describiremos.

## Morfología de la cavidad bucal en personas senectas sanas

### Morfología del proceso alveolar sano

El proceso alveolar ideal está compuesta por hueso de buena calidad y resistente, recubierto uniformemente de mucosa sana y tirante, sin fosas salientes o rebordes agudos. La zona vestibular y lingual presentan canales bien formados. No existen cicatrices, arrugas ni hipertrofias hísticas que pueden afectar negativamente la colocación de la prótesis. Tampoco aparecen frenillos que comiencen muy cerca de la cresta y pudieran mover la prótesis.<sup>1</sup>



Procesos alveolares sanos.<sup>1</sup>



Procesos alveolares atróficos.<sup>1</sup>

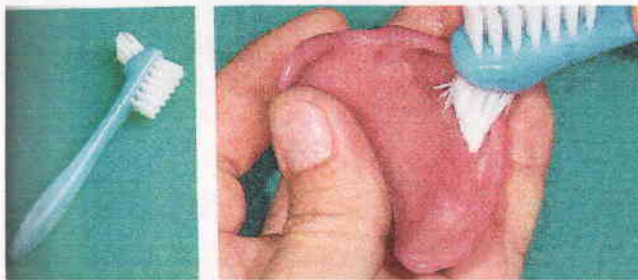
### **Prevención de cambios morfológicos en la cavidad bucal**

Existen tres formas que influyen para mantener sano el tejido bucal en una persona portadora de prótesis total:

A) Descanso del tejido: El quitarse las dentaduras maxilar y mandibular antes de ir a dormir sirve para dos propósitos: proporcionan tiempo conveniente para sumergir las dentaduras en una solución limpiadora y permite que los tejidos bucales descansen para compensar la carga diaria colocada sobre ellos por el uso de la dentadura. Si no se les permite a los tejidos recuperarse de dichas fuerzas, se ocasionará dolor e irritación.<sup>1</sup>



**B) Higiene de las dentaduras completas:** Los dentistas deben orientar a los pacientes como será la limpieza correcta de sus prótesis las cuales pueden ser con agentes químicos (hipoclorito de sodio rebajado) y de manera mecánica (cepillo suave) para evitar la abrasión.<sup>1</sup>



**C) Higiene y masaje del tejido:** Un aspecto en el cuidado que a menudo se olvida es la limpieza y masaje del tejido residual, este se debe frotar o cepillar en forma suave con gasa o cepillo, para eliminar la placa dentobacteriana y los restos alimenticios que pueden ocasionar las zonas de irritación local.<sup>1, 2.</sup>

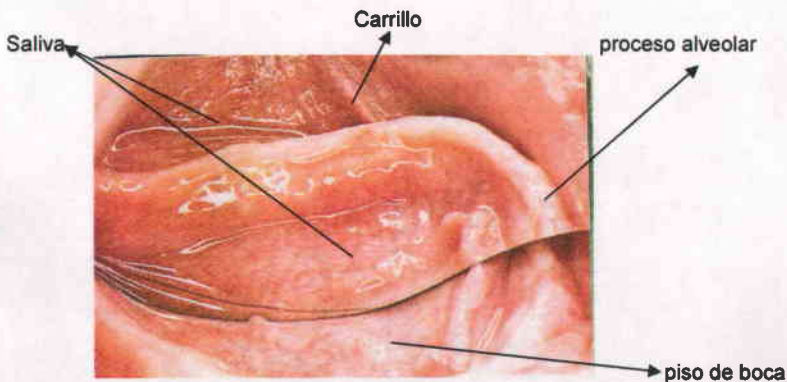


## Cambios fisiológicos en el paciente senecto

El envejecimiento equivale a una disminución en la velocidad de la función natural, y una desintegración del control. Es un proceso de desintegración fisiológica y morfológica.

El envejecimiento se manifiesta en distintos grados, de diferentes modos y en diversos tejidos u órganos. Aunque en todos los tejidos, incluye rasgos generales como la resequedad, menor elasticidad, menor capacidad de reparación y permeabilidad celular alterada. Los cambios directamente relacionados con las prótesis dentales son:

- a) Saliva: El agua en forma de saliva es esencial durante la masticación, esta ayuda a la formación del bolo alimenticio, para la adhesión de las prótesis dentales y la lubricación del tejido de soporte. Los antecedentes de ingestión de algunos medicamentos utilizados son importantes para el diagnóstico que elabore el estomatólogo ya que estas ocasionan resequedad severa, por lo tanto, la boca debe lubricarse con saliva artificial.<sup>2,4.</sup>



- b) Cambios en la lubricación bucal: se debe a la disminución en la secreción de saliva. Las membranas de la mucosa bucal se vuelven frágiles. Esta membrana frágil y seca no tolera dentaduras artificiales. Aún la dentadura más hábilmente fabricada es molesta para una boca seca, la materia alba se acumula ante la disminución de saliva. La masticación de alimentos se dificulta, por lo que el anciano se limita a ingerir una dieta blanda.<sup>2, 4</sup>



Diferentes tipos de lenguas atróficas <sup>31</sup>

- c) **Cambios en la lengua.** La lengua también cambia con la disminución de saliva. La acumulación de detritus epiteliales en el dorso, forma la lengua saburral. Esta capa cambia de color por los pigmentos alimenticios en especial aquellos que provienen de la carne que se consume, y se vuelve café si no se asea con regularidad. Otro aspecto a considerar es que también al avanzar la edad, la lengua se atrofia despojándose de su capa epitelial.<sup>2</sup>



Lengua saburral<sup>25</sup>

## **Cambios en la conducta**

Los trastornos cerebrales orgánicos constituyen un impedimento casi insalvable para el tratamiento protésico. En la demencia senil, se produce un deterioro irreversible de facultades intelectuales, y frecuentemente el paciente se vuelve hostil, retraído e incapaz de adaptarse a la prótesis. La incorporación de prótesis dentales no es para el paciente únicamente una cuestión de voluntad, sino también de capacidad. En ocasiones, el paciente llega al tratamiento protésico total cuando, debido a su edad avanzada la capacidad de adaptación a su dentadura modificada o a la prótesis nueva está sensiblemente disminuida.

Entre los pacientes geriátricos hay una elevada incidencia de depresión (decaimiento de la actividad física y de la voluntad), sentimiento de inseguridad, experimentación de dolores y temores extraños. Aparecen hábitos como apretamiento de dientes, y ello hace que incidan fuerzas agregadas sobre los tejidos cuya capacidad de soportar cargas ya había disminuido.

La tranquilidad, tolerancia y un tratamiento clínico flexible generalmente ayudan al anciano para llegar a un resultado protésico favorable.<sup>1,4</sup>



### **Cambios gingivales relacionados con el envejecimiento.**

Los siguientes cambios en la encía se identifican con el envejecimiento: menor queratinización, una cantidad reducida o inalterada de puntilleo; menor celularidad del tejido conectivo; así como una mayor cantidad de sustancias intercelulares.

Con la edad, hay adelgazamiento del epitelio bucal. El potencial de queratinización del epitelio del paladar duro no cambia con la edad se observa mayor queratinización de la mucosa labial y de los carrillos con el envejecimiento. Otros cambios registrados en la mucosa bucal incluyen atrofia del tejido conectivo con pérdida de elasticidad.<sup>3,5</sup>

## CAUSAS POR LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR UNA ALTERACIÓN OCASIONADA POR EL USO DE PRÓTESIS TOTAL

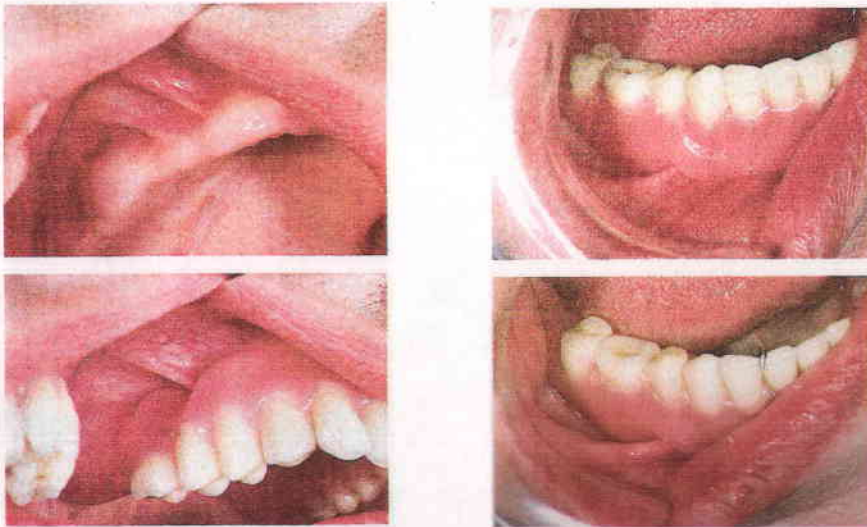
Existen diversas causas por las que puede haber desajuste en una prótesis total, entre las más comunes están:

- a) Una mala toma de impresión.
- b) Vaciado incorrecto con poros en el modelo.
- c) No hacer rectificación de bordes.
- d) Un mal registro de las relaciones intermaxilares horizontales, así como inadecuados balances oclusales.
- e) No realizar un desgaste oclusal.
- f) Sobre extensión de aletas.
- g) Insuficiente alivio en las zonas gingivales.
- h) Deficiente liberación de frenillos.
- i) Hábitos incorrectos de utilización de la prótesis por parte del paciente.<sup>1, 2, 3.</sup>



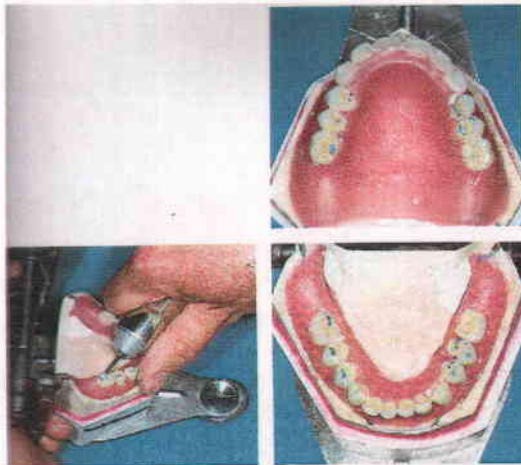
## Factores de retención

El ajuste de la prótesis, la extensión de la base y el sellado marginal son decisivos para la retención inmediata provocando la adherencia por tracción. En los casos de sobre extensiones de los bordes de las prótesis y cuando no se deja espacio suficiente para los frenillos labiales y yugales, se produce la elevación de las prótesis.<sup>1</sup>



Liberación de frenillos.<sup>1</sup>

Un buen ajuste oclusal protege la estabilidad de la prótesis; por el contrario, los contactos prematuros pueden estropear todos los esfuerzos para configurar una buena base.<sup>1</sup>



Eliminación de puntos de contacto.<sup>1</sup>

## Problemas al masticar

Debido a la acción muscular y a la comprensibilidad de la mucosa, siempre se produce algún movimiento de la prótesis en función. La consecuencia puede ser un traumatismo del tejido sobre el que asienta. Si el ajuste resulta insuficiente, las fuerzas de presión y empuje no se reparten igual sobre los tejidos que soportan la prótesis, sino que los bordes más prominentes de la cresta resultan sobre cargados.

Cuando los bordes de la prótesis no se adaptan de forma exacta, se originan pliegues en la mucosa (hiperplasia fibrosa) y quedan por debajo de la base. El montaje incorrecto de los dientes provocan movimientos de la prótesis al masticar y como consecuencia acelera la destrucción ósea por sobre carga local.<sup>1, 2.</sup>



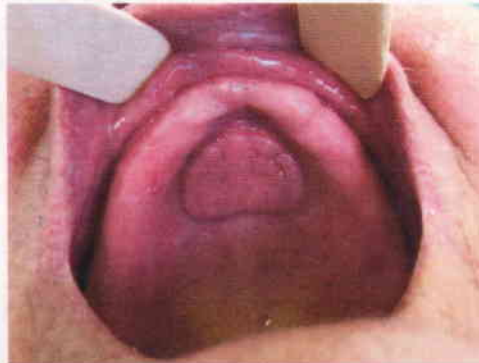
ausencia de liberación del frenillo labial. <sup>1</sup>

## HIPERPLASIA FIBROSA OCASIONADA POR PRÓTESIS TOTAL MAL AJUSTADA

### Definición:

Hiperplasia es el aumento de volumen en base al aumento de número de células. En general, corresponden a un grupo de lesiones producidas por una respuesta exagerada de la mucosa bucal frente a irritantes crónicos de baja intensidad.

Una prótesis mal ajustada puede causar trauma crónico al área de soporte de la prótesis y puede producir hiperplasia (épulis fisurado). El nombre colectivo de <épulis> describe solamente que existe una alteración <en la encía>, se entiende actualmente las formaciones periféricas circunscritas del tejido de granulación en el área de la encía o en la apófisis alveolar. Los épulis no son tumores reales que crecen autónomamente, sino formaciones reactivas de excedentes de resorción sobre base inflamada, se considera responsable de la formación de épulis, en primer lugar, a las influencias inflamadas localmente y a las mecánico-irritativas junto a una disponibilidad a enfermar<sup>3,4,7,12,15,17,20</sup>



### **Sinónimos de hiperplasia fibrosa**

La hiperplasia fibrosa se pueden encontrar en la bibliografía consultada con diferentes nombres los cuales dependen de cada autor, mencionaremos los más comunes:

- Tejido redundante fibroso
- Hiperplasia fibrosa por irritación
- Hiperplasia protésica
- Hiperplasia traumática
- Épulis granulomatoso
- Épulis fisuratum <sup>7,8,9,11,12,14,15,16,17,18,19,20</sup>

### **Etiología:**

Esta alteración morfológica se debe a la irritación crónica producida por una prótesis que tiene algunos años de uso y que nunca ha sido modificada para adaptarse a las condiciones cambiantes de los rebordes alveolares que éstos sufren con el tiempo, reabsorciones que continuamente van modificando su altura y conformación.

De tal manera las aletas de las prótesis quedan sobrestendidas o sin adaptación periférica correcta (sellado periférico) dando lugar a una acción irritante crónica a nivel de los surcos gingivolabiales o gingivoyugales.<sup>6,8,9,11,17,20</sup>

### **Características Histológicas:**

La hiperplasia fibrosa presenta un epitelio plano pluriestratificado con hiperqueratosis e hiperplasia de las papilas. Tejido conjuntivo fibroso rico en fibras de colágeno y fibroblastos. Infiltrado inflamatorio crónico y pocos vasos sanguíneos. Infiltrado inflamatorio agudo si está traumatizado. Carece de fibras nerviosas.<sup>7,8,9,17</sup>

### **Características clínicas:**

- La hiperplasia fibrosa es una lesión vegetante muy común de los tejidos blandos del fondo de surco vestibular superior e inferior.
- Consistencia firme de sólida a dura.
- Del mismo color, rosado pálido ó rojo si están erosionados.
- Con frecuencia es asintomático y puede estar limitada a los tejidos que rodean los bordes de las dentaduras en las regiones palatina, vestibular o lingual; también puede ocurrir en todo el reborde residual.
- Es un tumor hiperplásico-inflamatorio con forma semiesférica por lo general y unido al tejido parodontal a través de una base predominante ancha, a veces también peduncularmente, se produce en el vestíbulo bucal en relación a bordes de prótesis desajustadas o sobrestendidas.
- Las áreas pequeñas son asintomáticas.
- Grandes áreas pueden ulcerarse e infectarse, lo que produce inflamación y dolor.
- La lesión se presenta de varias maneras, desde pequeños pliegues únicos hasta pliegues múltiples o tejido suave excesivo.<sup>7,8,9</sup>





### **Incidencia de la hiperplasia fibrosa**

- Ocurre en el 5-10% de la población que usa prótesis.
- Es más común en las mujeres.
- La incidencia aumenta con la edad.
- Es más común cuando una prótesis posee antagonista de dientes naturales.<sup>10,22,25</sup>

## Tratamiento de la hiperplasia fibrosa

**Protésico:** Este tipo de tratamiento se llevará a cabo por lo regular cuando la lesión no es muy notoria y por lo tanto se puede realizar mediante:

- Rebase, reparación o confección de nuevas prótesis.
- Indicar al paciente que deje descansar al tejido tanto como le sea posible, no utilizando la dentadura.
- Higiene bucal adecuada y el masaje tisular.
- Mejorar la oclusión tanto como sea posible, eliminando puntos de contacto.<sup>11,13,24</sup>



rebase de placa total superior.<sup>2</sup>



colocación de prótesis total después del rebase.<sup>2</sup>

**Quirúrgico:** La evaluación del tipo de cirugía depende de si el tejido en exceso puede ser removido sin debilitar la profundidad de surco y el área de soporte de la prótesis. El tejido hiperplásico que descansa en la mucosa adherida puede cortarse y dejarse sin necesidad de suturar, como se puede hacer con las áreas pequeñas de tejido limitado a la mucosa móvil de las mejillas.<sup>11,13,24</sup>



Incisión en forma de tajada con bisturí #11<sup>25</sup>



Retiro del tejido fibroso con una pinza de disección.<sup>25</sup>



Dissección del tejido fibroso remanente de los colgajos laterales.<sup>25</sup>



Sutura con hilo de seda 3-0.<sup>25</sup>

### a) Biopsia:

Una biopsia, se colecta con el fin de obtener un diagnóstico morfológico microscópico que ayudará al estomatólogo a tomar decisiones acerca del tipo de prótesis u otros tratamientos que deberá aplicar.

Se realiza cuando no se tienen resultados a un tratamiento previo. Los casos de muchos años con el problema requieren de una extirpación quirúrgica. Existen diferentes tipos de biopsias entre las cuales la que se utiliza en este tipo de alteración es:

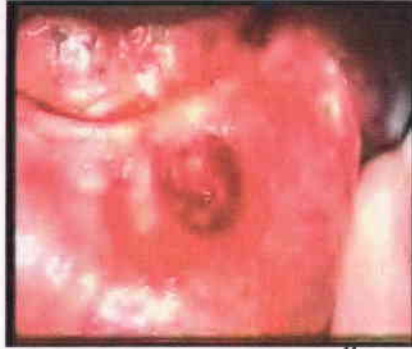
- Biopsia Excisional: eliminación de toda la lesión, no mayor de 1.0 cm.<sup>9,10,11</sup>

#### Técnica:

1. Infiltración de anestesia local con contenido vasoconstrictor en la base del tejido hiperplásico.
2. El tejido de exceso es tomado usando una sutura de tracción puesta a un borde y se remueve usando tijeras o bisturí. Se debe tener cuidado al erradicar el tejido de retener el músculo subyacente y periostio.<sup>1</sup>
3. Se colocó la muestra en un frasco con formol al 10% y se lleva al patólogo para su estudio.



Toma de la biopsia<sup>11</sup>



Herida después de la biopsia.<sup>11</sup>



Muestra de la biopsia.<sup>11</sup>

## **b) Vestibuloplastía:**

Dentro del tratamiento quirúrgico nos encontramos con la vestibuloplastía la cual esta diseñada para restaurar la altura del borde residual, su amplitud o ambas cosas al bajar las inserciones musculares y la mucosa libre de la cresta del borde del maxilar o la mandíbula a una posición más profunda.

### **Indicaciones:**

La vestibuloplastia como cirugía post protésica, solo se debe realizar cuando los procedimientos conservadores no han podido satisfacer al paciente.

### **Contraindicaciones:**

Cuando no hay suficiente altura vertical en el borde residual para extender un surco, y en pacientes con prognatismo severo.

En pacientes con un mal estado general de salud, con desordenes neuromusculares o en aquellos que tengan un riesgo quirúrgico elevado como por ejemplo pacientes con problemas cardiacos, discrasias sanguineas, diabetes mellitus, hipertensión arterial.<sup>2</sup>

### **Prevención de la hiperplasia fibrosa**

Es muy importante saber que los pacientes que presentan esta alteración morfológica en su mayoría son portadores de prótesis total por un tiempo muy importante, de tal modo, el papel del cirujano dentista es que todo aquel paciente portador de una prótesis total se le oriente y eduque a realizarse periódicamente una revisión de su prótesis, teniendo esto como objetivo principal la prevención para evitar este tipo de alteración así como un mejor funcionamiento de su prótesis.<sup>24</sup>

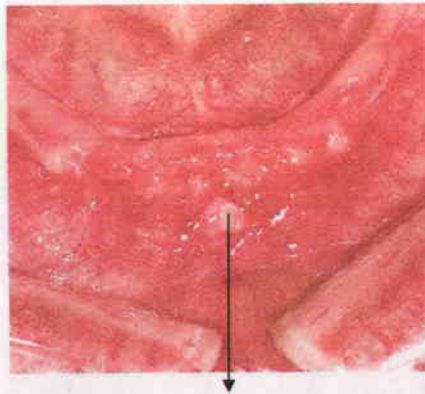


## ÚLCERA TRAUMÁTICA

### Definición:

Es la pérdida de mucosa, que toma la forma de una lesión que puede o no cicatrizar y en ocasiones se extiende y/o supura. La acción de un trauma produce úlceras reactivas, que consisten en pérdida de epitelio y exposición del tejido conjuntivo, y que puede llegar en la mucosa hasta la submucosa, la musculatura y el perostio.

El fondo de la úlcera puede aparecer cubierta de forma necrótica, granulada, supurante o grasosa. Con la palpación se inspeccionará la consistencia del fondo (blanda, dura, consistente) y el desplazamiento.<sup>12,14,15,20,21</sup>



Úlcera traumática.

**Etiología:**

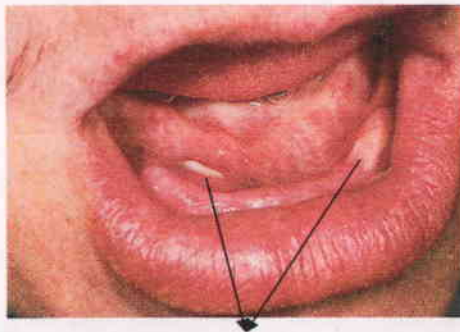
La úlcera traumática causada por irritación protésica es una lesión del mismo tipo, originada por injuria física. Se desarrolla generalmente pocos días después de la inserción de prótesis nuevas, como resultado de una confección no adecuada de ellas, sobrepresión en alguna zona o presencia de espículas óseas en contacto con la prótesis.<sup>12,14,15,20,21</sup>

### **Características Histológicas:**

En la úlcera traumática histológicamente se observa una pérdida de continuidad de epitelio superficial, con exudado fibrinoso que cubre el tejido conectivo expuesto; el epitelio que se encuentra en el borde de la úlcera tiene una marcada actividad proliferativa. En el seno del tejido conectivo de las úlceras agudas existe un infiltrado inflamatorio de leucocitos, mientras que en las crónicas el infiltrado es reemplazado por linfocitos y células plasmáticas. También encontramos dilatación y proliferación capilar, junto al aumento de actividad fibroblástica.<sup>12,14,,15,20,21</sup>

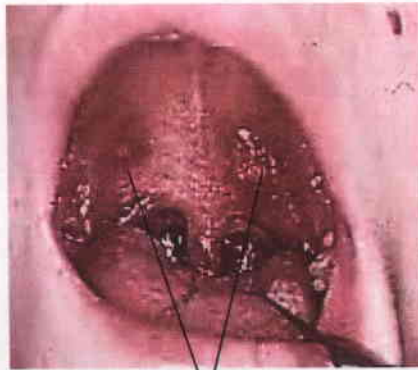
### Características clínicas

- La úlcera traumática tiene como principal característica la relación causa-efecto.
- En boca hay úlceras reactivas de tipo aguda y crónica.
  - La úlcera aguda se presenta como una lesión única, mal definida, dolorosa, de tamaño variable de pocos milímetros hasta centímetros. Está cubierta por un exudado fibrinoso, el centro de la lesión es de color blanco amarillento, rodeada por un halo eritematoso.
  - La úlcera reactiva crónica se caracteriza porque tiene los bordes sobrelevantados por la hiperqueratinización y es blanda por el proceso inflamatorio. Son poco dolorosas y muchas veces indoloras.<sup>12,14,15,20,21</sup>



Úlcera <sup>15</sup>

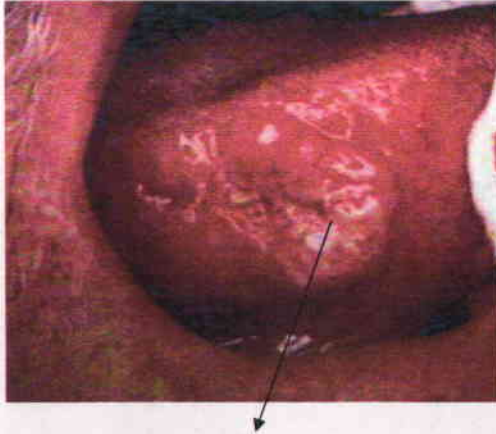
- Dolor agudo en la zona correspondiente de la ulceración.
- Aspecto limpio y no hemorrágico rodeada por una zona eritematosa que a veces se torna hiperplásica.
- Si la agresión de la prótesis continua, el dolor puede disminuir en intensidad, adquiriendo la úlcera una forma vegetante y transformándose en dos auténticos mamelones de V, en cuyo fondo puede existir una mínima área erosiva.
- Cubiertas por una delgada membrana gris necrótica y rodeadas por un halo inflamatorio.
- Los sitios más frecuentes de localización para una úlcera traumática causada por la prótesis puede ser: borde lateral de lengua, cara interna de mejilla; labios,. Fondo de saco, reborde alveolar y ocasionalmente en paladar.<sup>13,14,15</sup>



úlceras en paladar. <sup>15</sup>

## Diagnóstico diferencial

Si son de tipo crónico se plantea el carcinoma epidermoide, de modo que si eliminamos las causas capaces de producir una ulcera crónica y esta no cura en 15 días o recidiva, debemos realizar una biopsia-extirpación para descartar posibles alteraciones histopatológicas en el sentido de una neoplasia.<sup>15,16</sup>



Lesión ulcerosa en dorso de la lengua.<sup>15</sup>

## Tratamiento.

El tratamiento para la úlcera traumática consiste en:

- Corregir la causa subyacente: alivio de flancos, eliminación de bordes filosos de dientes. El dolor desaparecerá inmediatamente y la úlcera lo hará 4 o 5 días después.
- Se puede realizar un tratamiento paleativo con algunos medicamentos o remedios caseros, como puede ser el uso de antisépticos orales, la clorexidina por no más de 10 días, o enjuagues con agua de manzanilla (contribuye a la regeneración) o bicarbonato (disminuye la acidez).
- Después de eliminado el agente asociado con la úlcera, si esta persiste es recomendable realizar una biopsia para ver si se trata de una neoplasia.<sup>12,15,20,21</sup>



desgaste de bordes filosos en placa superior e inferior.<sup>2</sup>

## **OBJETIVO GENERAL**

Establecer las alteraciones más frecuentes ocasionadas por el uso de prótesis total mal ajustada.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Determinar la importancia que tiene la adaptación correcta de una prótesis total.

Dar a conocer las características clínicas e histológicas de dichas alteraciones.

Analizar como prevenir y atender los problemas, para así realizar el tratamiento de la hiperplasia fibrosa y la ulcera traumática.

Determinar los desajustes de las prótesis totales que son más frecuentes.



## **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Metodología**

- Se realizará una investigación documental con fuentes hemerográficas y bibliográficas.

## CONCLUSIONES

- ❖ Debemos verificar las diferentes pruebas que se realizan durante la elaboración de una prótesis dental, que el sellado y ajuste sea adecuado para poder evitar una alteración en el paciente.
- ❖ Con el presente trabajo, concluimos que el colocar una prótesis total no es tan fácil como se cree, ya que si no tomamos en cuenta los conocimientos adquiridos sobre la elaboración y ajuste de una prótesis, podemos tener la seguridad de que en un determinado tiempo nuestro paciente podrá estar manifestando algunas de estas alteraciones.
- ❖ Los errores de construcción influyen negativamente en la estabilidad de la prótesis y en segundo lugar en la insuficiente capacidad de adaptación del paciente.
- ❖ Se debe de tomar en cuenta la situación psicológica del paciente geriátrico, ya que es de gran importancia para la obtención de un tratamiento exitoso.

## PROPUESTAS

- ❖ Antes de comenzar la elaboración de una prótesis total debemos evaluar los tejidos y la cavidad bucal para comprobar que los tejidos de soporte de la dentadura aceptaran la prótesis y la sostendrán con comodidad.
- ❖ Se recomienda al dentista obtener un registro alimenticio de su paciente para determinar una hidratación adecuada, que no impida la adaptación correcta de la prótesis.
- ❖ Cuando el paciente nos manifieste que al uso de su prótesis existe alguna molestia, citarlo para así realizar una valoración y poder evitar cualquier complicación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Passamonti GS. Atlas de prótesis completas. Barcelona España: Espaxs; 2000. p. 21, 42, 69-71.
2. Geering HA, Kundert MA. Atlas de prótesis total y sobredentaduras. 2° ed. Barcelona España: Masson Salvat; 2000. p. 4, 12-13, 111, 118, 126, 129, 208, 211 y 218.
3. Strassburg MR, Knolle GS. Mucosa Oral Atlas a Color de Enfermedades. 3° ed. Madrid España: Marbay; 2000. p. 82-83 299-306 746-74.
4. Sheldon WS. Prostodoncia total. España: Limusa; 2000. p. 10-30,77, 78, 101, 110.
5. Carranza FA, Newman MG. Periodontología clínica. 8° ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 56-59.
6. Tyldesley WR. Atlas de enfermedad orofacial. 2° ed. España: Mosby; 2000. p. 148-150.
7. Freyre GJ, Vivanco CC. Lesiones de tejidos blandos bucodentales. ADM 2001; 58(3): 90-97.
8. Regezi, JA. Patología Bucal correlaciones clínico patológicas. 3° ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 187-189.
9. Regezi, JA. Patología Bucal. México: McGraw-Hill Interamericana; 1991. p. 202-204.
10. Zarb AG. "Prostodoncia Total de Boucher". 10° México 1990: Interamericana McGraw-Hill; páginas 28-32.
11. Burket JB. "Medicina Bucal". 9° España 2000: McGraw-Hill Interamericana; páginas 138-139.

12. Martínez RB. Lesiones ulcerativas de la Mucosa Oral. Universidad Mayor Facultad de Odontología Unidades de autoaprendizaje de México 1999. Disponible en: [www.uv.es / medicina-oral / Docencia / atlas / tumores benignos / i.htm](http://www.uv.es / medicina-oral / Docencia / atlas / tumores benignos / i.htm).
13. Helmut AS. Rehabilitación protésica en pacientes de edad avanzada. Quintessence 2004; 17(6): 51-63.
14. Bagan SJ, Cevallos SA, Bermejo FA, Aguirre UJ, Peñarrocha DM. Medicina Oral. Barcelona España: Masson; 1995. p. 76-77 179-180.
15. Lesiones ulcerativas de la mucosa bucal. Práctica Odontológica 1996; 17(8): 12-15.
16. Perera LR. Patología Bucal. ADM 1998; 19(9): 20.
17. Thoma JS. Patología Oral. 2º ed. Barcelona España: Salvat; 2000. p. 855-856.
18. Spouge JD. Patología Bucal. Argentina: Interamericana McGraw-Hill; 1998. p. 231-232.
19. Grunspan RD. Enfermedades de la boca. Buenos Aires: Mundi; 1998. p. 803-815.
20. Bhaskar SN. Patología Bucal. Buenos Aires Argentina: Interamericana McGraw-Hill; 1999. p. 16-17, 30-31 y 355.
21. Giunta LJ. Patología Bucal. 3º ed. México: Interamericana McGraw-Hill; 2000. p. 112, 115-116.
22. López AC. Manual de Patología Bucal. Guatemala: Interamericana McGraw-Hill; 1999. p. 78-79.
23. Levente ZB. Medicina Bucal, evaluación y manejo del paciente. México: Limusa; 1999. p. 96-100.

24. Islas BR. Diagnostico y tratamiento del epulis fissuratum en el servicio del servicio de cirugía bucal de la clínica Zaragoza. México D.F: Univ. Fes-Zaragoza.; 1997.
25. Mosqueda TA. Prevalencia de Alteraciones de la Mucosa Bucal en el adulto mayor en México 1998. Disponible en: [www.uv.es / medicina-oral / Docencia / atlas / tumores benignos / i.htm](http://www.uv.es / medicina-oral / Docencia / atlas / tumores benignos / i.htm).
26. Organización Mundial de la Salud, Manual CBS Encuesta de Salud Bucal. 3° ed. México: UAM;
27. Canales HF. Metodología de la Investigación. México: Limusa; 1990. p. 10-25.
28. Sampieri HG. Metodología de la investigación. 2° ed. México: Interamericana McGraw-Hill; 1998: p. 212-214.
29. Boucher SG. Prosthodontia total. 10° ed. México: Interamericana McGraw-Hill; 1990. p. 28-46.
30. Lamb DJ. Treatment of denture-induced hiperplasia dental update. September 1987: 288.
31. Esteves EE. Cambios morfológicos en los edéntulos que plantean problemas clínicos. universidad de Chile. Disponible en: [www.dr-stevez.com](http://www.dr-stevez.com)