



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**AFECTACIÓN DE TEJIDOS BLANDOS EN PACIENTES
PORTADORES DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ANGELICA VALDEZ REYES

TUTOR: C.D. GUSTAVO MONTES DE OCA AGUILAR

MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradezco principalmente a Dios porque me ha permitido llegar hasta esta etapa de mi vida, por la fortaleza que me dio en los momentos de tristeza y desánimo, por la fe que me impulso para seguir adelante en todo momento, porque ha hecho posible uno de mis mas grandes anhelos y porque se que es él quien hace todas las cosas posibles.

A mis Padres:

A mi Padre que aunque ya no esta aquí conmigo siempre esta presente en mi mente y corazón, gracias porque fue un ejemplo para mi y por el cariño que me brindo.

A mi Madre, gracias por todo el esfuerzo y los sacrificios que hizo para que yo pudiera lograr este triunfo, por su apoyo, por su comprensión, por su paciencia, por su cariño y amor, por sus consejos y por la confianza que siempre tuvo en mí, gracias por estar siempre a mi lado y por todo lo que me ha enseñado. Te Amo Mamá

A mis hermanos:

Gracias por que el apoyo que en algún momento me brindaron, por sus consejos y porque siempre que los necesite estuvieron conmigo. A mi hermana, por ser la mejor del mundo, por estar siempre a mi lado y por la ayuda que siempre me brindo. Los quiero mucho.

A Miito:

Gracias por tu cariño, amor y comprensión, porque en los momentos difíciles siempre tuviste palabras de ánimo para mí y siempre has estado a mi lado. Por la paciencia que me has tenido y por ser parte de mi vida. Te Amo.

A mis amigos:

José, Karime, Frika, Ivett, Ana, Sandra por las alegrías que he pasado con cada uno de ustedes, las tristezas, las preocupaciones las locuras y porque con ustedes siempre aprendí algo nuevo. Gracias por su compañía que hizo este camino más divertido. Los Quiero.

También agradezco a la coordinadora la Mta. María Luisa Cervantes Espinosa, por la oportunidad que me brindó de estar en este seminario, a mi Tutor el C.D. Gustavo Montes de Oca Aguilar por su ayuda y el tiempo que le dedico a mi trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVO.....	7
CAPÍTULO 1. PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	8
1.1 Definición.....	8
1.2 Clasificación.....	8
1.3 Componentes.....	8
1.4 Características.....	10
1.5 Indicaciones.....	10
1.6 Contraindicaciones.....	11
1.7 Ventajas.....	12
1.8 Desventajas.....	12
1.9 Clasificación de Kennedy.....	13
1.10 Reglas de Applegate.....	14
CAPÍTULO 2. MUCOSA BUCAL.....	15
2.1 Características.....	15
2.2 Clasificación.....	16
CAPÍTULO 3. LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL.....	18
3.1 Lesiones elementales.....	18
3.2 Lesiones de tipo infeccioso.....	19
3.3 Lesiones de tipo no infeccioso.....	29
CAPÍTULO 4. RECOMENDACIONES AL COLOCAR UNA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.....	35
4.1 Periodo de adaptación.....	36
4.2 Higiene bucal.....	37
4.3 Higiene y cuidados de la prótesis.....	39
CONCLUSIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

INTRODUCCIÓN

La ausencia de algunos órganos dentarios genera cambios en la cavidad bucal tales como la disminución del reborde alveolar y la pérdida de la función masticatoria, así mismo representa un severo problema para la calidad de vida de un individuo, pues los dientes, además de ser órganos funcionales de la masticación, constituyen un componente fundamental de la apariencia individual, el habla y la comunicación interpersonal.

El problema de la pérdida de los dientes debe ser resuelto a través de la rehabilitación protésica. Las Prótesis Removibles, son parte de la rehabilitación de elección dadas sus características de adaptabilidad, funcionalidad y biocompatibilidad.

Estas prótesis variables en su diseño y tipo de soporte, permiten restituirle al paciente su función de masticación y la estética facial.

Las Prótesis Parciales Removibles se sujetan a algunos dientes naturales mediante dispositivos rígidos (retenedores), y a veces también descansan sobre la cresta ósea, por estas razones, al morder sobre ellos se producen ciertos movimientos que hacen que la masticación no sea tan eficiente como con los dientes naturales.

Con el tiempo, el hueso sobre el que las Prótesis se apoyan cambia de forma por lo que dichos aparatos se desadaptan y pueden generar lesiones en las mucosas. El desajuste Protésico produce irritación mecánica de la mucosa de soporte y desencadenan un proceso inflamatorio crónico que puede terminar con la formación de tejido fibroso hiperplásico.

Otros factores que se relacionan con la aparición de lesiones en las mucosas son la edad, trauma, medicamentos, enfermedades sistémicas y falta de limpieza de las prótesis.

El propósito de este trabajo es conocer las lesiones que se pueden ocasionar en un paciente al colocar una prótesis parcial removible, y los factores que favorecen la aparición de estas, para así evitar o disminuir este tipo de lesiones.

OBJETIVO

- Identificar los factores que favorecen la aparición de lesiones en un paciente portador de Prótesis parcial removible.

CAPÍTULO 1. PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

1.1 Definición

La Prótesis Parcial Removible se define como el aparato que sustituye algunos dientes faltantes en la arcada, devolviendo la función masticatoria y estética, preservando los dientes remanentes y tejidos adyacentes, teniendo como principal característica que el paciente puede colocarla y retirarla de la boca para su limpieza e inspección ¹.

1.2 Clasificación

Las prótesis pueden ser clasificadas según su soporte en:

- Dentosoportadas: estas se encuentran soportadas por las piezas remanentes o dientes pilares del paciente, en esta clasificación se encuentran las prótesis fijas
- Mucosoportadas: estas prótesis se encuentran soportadas por el proceso alveolar, en contacto con la encía, las prótesis completas son mucosoportadas
- Dentomucosoportadas: este tipo de prótesis se encuentran soportadas de los dientes remanentes y de la mucosa, en estas clasificación entran las prótesis metálicas, de resina o mixtas
- Implantosoportadas: se encuentran soportadas por implantes

1.3 Componentes

Para el diseño adecuado de una P. P.R es necesario tomar en cuenta los elementos que la constituyen y conocer cada una de sus funciones.

- Los Apoyos. Que permiten que las fuerzas que ejerce la Prótesis sea transmitida a los dientes remanentes y así evita la presión de ésta hacia los tejidos blandos adyacentes
- Los Retenedores. Mantienen la PPR en su lugar ejerciendo una resistencia al movimiento
- Los Conectores Mayores. Unen las partes que se encuentran en ambos lados de la arcada y nos brinda estabilidad, soporte y retención
- Los Conectores Menores. Son partes que unen al conector mayor con el resto de los componentes de la PPR y su principal función es de estabilización
- La Retención para la Base de acrílico. Es la parte que esta más en contacto con los tejidos blandos y permiten la estabilidad y soporte de la PPR.

En conjunto todos estos elementos que constituyen la PPR se encargan de proporcionar estabilidad, retención y soporte, aunque cada uno de ellos tiene su función específica (figura1)³.

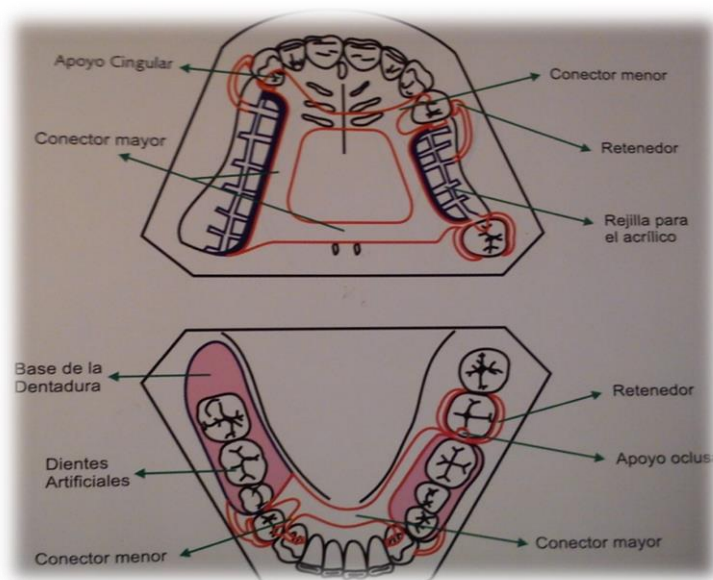


Fig. 1 Elementos que constituyen una prótesis dental parcial removible.

1.4 Características

La PPR es un recurso utilizado para restaurar el edentulismo parcial y devolver las funciones necesarias de masticación y estética ⁴.

Sus características son:

- Preservar a los dientes remanentes y tejidos adyacentes que se encuentran en las arcadas
- Debe ser de fácil manipulación para el paciente, al ser retirada y colocada en boca
- Proporciona función, estética y durabilidad aceptable ².
- Se utiliza en brechas desdentadas amplias, donde está contraindicada una PPF.
- Es un aparato rígido que puede soportar las fuerzas de masticación

Para evitar los fracasos en una PPR es necesario tomar en cuenta ciertos factores como un diagnóstico correcto, diseño adecuado de la Prótesis, secuencia de los procedimientos de elaboración y salud de los tejidos de soporte entre otros.

1.5 Indicaciones

Es necesario tomar muy en cuenta en qué casos podemos utilizar una PPR y en qué casos no, ya que de esto también depende el éxito o el fracaso.

La PPR está indicada cuando: ^{5, 6, 7}

- La parte edentula es muy amplia y está contraindicada una PPF
- En casos de extremos libres uní- o bilaterales en donde estén contraindicados los implantes.

- En casos de excesiva pérdida ósea donde la estabilidad se tiene que dar con ayuda de la base acrílica
- En sitios de exodoncias recientes y en zonas amplias desdentadas, donde el periodo de cicatrización será largo, en estos casos se puede utilizar como una opción provisional
- Cuando existan limitaciones económicas para realizar otra alternativa protésica
- Las prótesis parciales removibles están indicadas principalmente en personas de edad avanzada o menores de 20 años de edad, debido a que a esta edad la pulpa dental se encuentra muy desarrollada y el tratamiento con una prótesis fija podría dañarla y ocasionar tratamientos con endodoncia
- En los casos donde existan piezas dentales con movilidad, en las cuales se puede utilizar una prótesis de tipo estabilizador en todas las piezas de la cavidad bucal
- Para obturaciones de hendidura palatina, cuando existe una abertura palatina la cual se comunica con la cavidad nasal, esta se puede cerrar con la base de la dentadura o con el conector principal de la PPR

1.6 Contraindicaciones

- Cuando aun puede tener éxito un tratamiento con PPF
- Cuando exista inflamación en los tejidos blandos
- Cuando haya presencia de Torus voluminoso que impida la rehabilitación protésica
- Cuando no hay cooperación por parte del paciente
- Cuando no haya la higiene adecuada en la boca del paciente

1.7 Ventajas

La PPR constituye una opción de rehabilitación en rebordes edentulos parciales, y es un excelente medio para reemplazar los órganos dentales perdidos, preservando los dientes remanentes y devolviendo las funciones.

Las ventajas que presentan estas prótesis son las sig.⁷

- Es que el tratamiento cuenta con el menor número de citas
- No se requiere de gran cantidad de instrumentación intrabucales
- Es de bajo costo
- Permite una mejor higiene
- Se coloca y se retira rápidamente

1.8 Desventajas

Las prótesis removibles también presentan desventajas debido a que después de su colocación aparecen ciertas molestias que con el paso del tiempo pueden ir desapareciendo.

- Puede aumentar la incidencia de caries en dientes remanentes
- Provoca la resorción del reborde residual que sirve de base para la prótesis
- Si no hay una correcta higiene bucal y de la prótesis, favorece al aumento de placa dentobacteriana, provocando inflamación en los tejidos blandos
- Un mal diseño puede provocar una excesiva fuerza sobre los dientes pilares, causando movilidad en ellos
- Algún error en su diseño o elaboración podría conducirnos al fracaso de la PPR

1.9 Clasificación de Kennedy

El Dr. Edward Kennedy en el año de 1925 dio a conocer una clasificación para distinguir el tipo de arcadas parcialmente desdentadas y con ello mejorar y facilitar la elaboración y diseño de las prótesis parciales removibles. Esta clasificación está dividida en cuatro tipos básicos de arcadas desdentadas y a estas les añadió modificaciones según el número de espacios desdentados que presenten ³.

- Clase I: Áreas edentulas bilaterales posteriores a los dientes remanentes (fig. 2).
- Clase II: Área edentula unilateral posterior a los dientes remanentes (fig. 3).
- Clase III: Área edentula unilateral posterior, con dientes remanentes por delante y por detrás a ella (fig. 4).
- Clase IV: Área edentula única anterior y bilateral a los dientes remanentes que pasa por la línea media (fig. 5)



Fig. 2 Clase I de Kennedy.

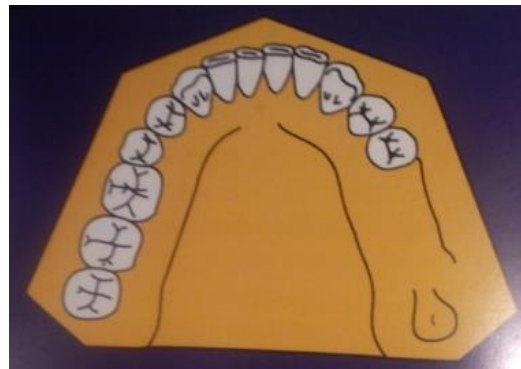


Fig. 3 Clase II de Kennedy.

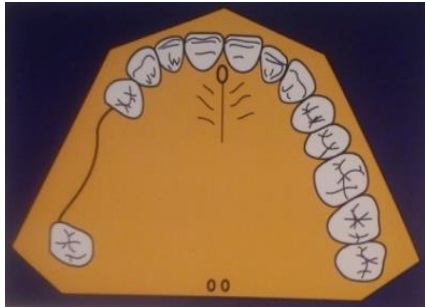


Fig. 4 Clase III de Kennedy.

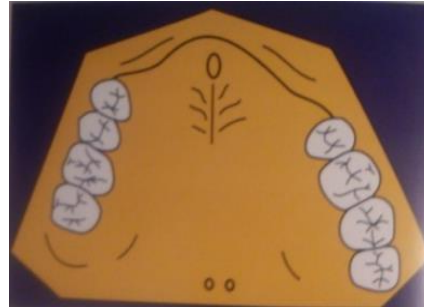


Fig.5 Clase IV de Kennedy.

1.10 Reglas de Applegate

Además de la Clasificación de Kennedy, el Dr. Applegate menciona unas reglas que son indispensables para que se pueda llevar a cabo dicha clasificación:

- La Clasificación debe considerar toda extracción que se vaya a realizar, ya que esto puede variar la clasificación
- Si el tercer molar está ausente y no se va a reponer, no debe ser considerado en la clasificación
- Si los terceros molares están presentes y se van a utilizar como pilares, entonces deben ser considerados en la clasificación
- Si un segundo molar no está presente y no será reemplazado, no debe ser considerado en la clasificación
- Las partes edentulas mas posteriores son las que determina la clasificación
- Las zonas edentulas que no van a determinar la clasificación son denominadas modificaciones, y son designadas por su número
- La extensión de área de la modificación no se considera, si no el número de espacios edentulos adicionales
- La clase IV no puede tener modificaciones

CAPÍTULO 2. MUCOSA BUCAL

2.1 Características

La cavidad bucal, esta tapizada por una membrana mucosa de superficie húmeda, esta humedad, que es aportada por las glándulas salivales mayores y menores, es necesaria para el mantenimiento de la estructura normal de los tejidos.

La mucosa bucal, está integrada por dos capas de tejido estructural y embriológicamente diferentes: ¹⁰

- Una capa superficial constituida por tejido epitelial, de origen ectodérmico
- Otra capa subyacente de tejido conectivo, de origen ectomesenquimático (derivado de las células de la cresta neural) la lámina propia o corion, ambas conectadas por la membrana o lámina basal

La mucosa bucal tiene entre sus funciones la protección a los tejidos adyacentes de la cavidad bucal, la sensibilidad, la regulación de la temperatura, y la secreción de saliva, enzimas y anticuerpos. Su color generalmente es rosa, es flexible e hidratada.

Mucosa Labial: Está constituida por un epitelio plano estratificado no queratinizado. A este nivel se observan numerosos puentes intercelulares o desmosomas, es rosada, húmeda y con una gran vascularización.

Mucosa Yugal: El epitelio es plano estratificado no queratinizado, característico de las superficies epiteliales húmedas sometidas a considerable roce y desgaste. A la altura de los molares suele presentar una línea de oclusión, de color blanquecino, con epitelio paraqueratinizado determinada por el trauma masticatorio.

Lengua: Es un órgano muscular tapizado por mucosa, presenta una cara dorsal y una ventral. Y la mucosa que recubre cada una de ellas es diferente y no existe submucosa. Es de color rosado y blanquecino por la queratina de las papilas filiformes y fungiformes

Paladar duro: Su color es rosa pálido, la mucosa es firme y queratinizada.

Paladar blando o velo del paladar: Está revestido por epitelio plano estratificado no queratinizado con botones gustativos, que se continúa con el epitelio de la superficie faríngea. La mucosa del paladar blando es de color rojizo y es muy elástica.

Encía: El color de la encía adherida adyacente a los dientes es rosa pálido y la consistencia es firme. Las papilas interdentes y la encía libre tienen un color más intenso que la encía insertada.

2.2 Clasificación

Según su estructura y su ubicación, en la cavidad bucal podemos encontrar diferentes tipos de mucosa, la cual puede ser clasificada histológicamente o topográficamente.

A continuación mencionaremos la clasificación topográfica (fig. 6)¹¹.

- **Mucosa de Revestimiento:** Su principal función es de Protección, y la podemos encontrar en mejillas, labios, paladar blando, piso de lengua y cara ventral de la lengua
- **Mucosa Masticatoria:** Este tipo de mucosa está sometido a las fuerzas de masticación, es de color rosa pálido y se encuentra principalmente en encía y paladar duro

- **Mucosa especializada:** Esta mucosa aloja botones gustativos intraepiteliales y se encuentra en la cara dorsal de la lengua

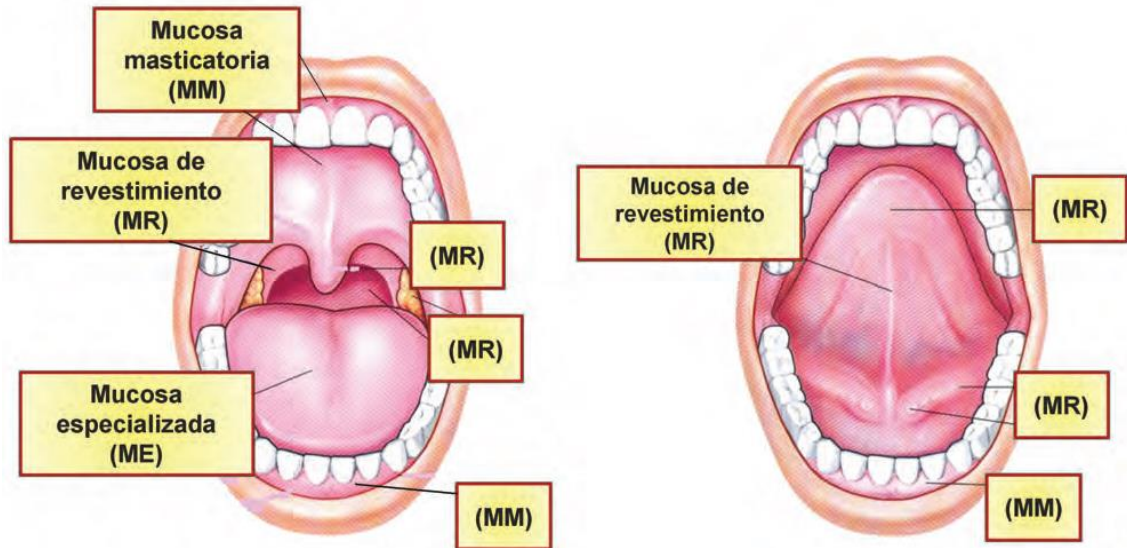


Fig. 6 Clasificación topográfica de la mucosa.

CAPÍTULO 3. LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL

Las lesiones bucales son muy frecuentes y constituyen un problema de salud por las consecuencias que provocan. Las prótesis dentales aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual junto a la susceptibilidad de los tejidos propiciada por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas y en especial a la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar grandes problemas de salud a pacientes portadores de prótesis dentales ¹².

3.1 Lesiones elementales

Existen diferentes tipos de lesiones que pueden aparecer en la mucosa bucal, con distintas características y morfología.

A continuación describiremos las lesiones elementales que se manifiestan con mayor frecuencia:

- **Mácula:** Se refiere al cambio de coloración de la mucosa con diámetro menor de 1cm, circunscrita y plana
- **Mancha:** Es el cambio de coloración de la mucosa, con diámetro mayor a 1cm que no produce ningún cambio de textura ni consistencia y que por lo tanto no es palpable
- **Vesícula:** Lesión menor de 3 cm, elevada, circunscrita y de contenido líquido
- **Ampolla:** Lesión que sobrepasa el tamaño de la vesícula, elevada, circunscrita y de contenido líquido transparente
- **Pústula:** Elevación circunscrita cuyo contenido líquido es purulento, espeso y amarillento
- **Pápula:** Es una elevación circunscrita sólida de consistencia compacta, su tamaño puede ser entre los 2 y 5 mm

- **Nódulos:** Son formaciones circunscritas, están cubiertos de piel o mucosa y son de apariencia completamente normal, siendo únicamente apreciables por palpación
- **Costra:** Masa solida de consistencia variable formada por la desecación de una secreción patológica
- **Erosión:** Es la falta de continuidad de la mucosa, de carácter muy superficial y no deja cicatriz
- **Úlcera:** Es una pérdida de sustancia más profunda y más persistente que la erosión
- **Cicatriz:** Es la sustitución de tejido a causa de una pérdida o destrucción y está formada principalmente por tejido fibroso¹³.

Además de estas lesiones elementales, existen muchas mas que podemos encontrar en los tejidos blandos de la boca, por lo que las hemos dividido en lesiones de tipo infeccioso y no infeccioso, de las cuales solo se mencionan las mas importantes que se relacionan con los pacientes portadores de prótesis parcial removible.

3.2 Lesiones de tipo infeccioso

Gingivitis

La gingivitis es el tipo de enfermedad periodontal que se observa con más frecuencia, en donde los tejidos blandos que rodean al diente se ven mas afectados debido a una respuesta inflamatoria por las bacterias que se encuentran en la placa dentobacteriana.

Etiología

La placa dentobacteriana constituye el factor de riesgo que mas se asocia al origen y evolución de esta enfermedad, debido al constante contacto

que existe entre esta placa y la encía, y esto en la mayoría de los casos, se debe a una ineficiente higiene bucal.

Características clínicas

La gingivitis se caracteriza por el edema, sensibilidad y enrojecimiento de la encía. Dicha inflamación se limita únicamente al borde de la encía, sin afectar ligamento periodontal o hueso (fig. 6)²³



Fig. 6 Características clínicas de gingivitis.

Tratamiento

La gingivitis cede cuando se establecen medidas de higiene oral efectivas, como la eliminación de sarro, un cepillado eficaz y una limpieza interdental ¹⁴.

Periodontitis

La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso de la encía y de los tejidos de inserción adyacentes, producidos por diversos microorganismos que se encuentran en el área supra y subgingival, tiene mayor prevalencia

en adultos aunque también puede presentarse en personas jóvenes o de cualquier edad y sigue un proceso patológico que es:

- Inflamación crónica
- Destrucción de las fibras del ligamento periodontal
- Resorción del hueso alveolar
- Emigración de la fijación epitelial
- Formación de bolsas alrededor de los dientes
- Formación de placa y de sarro subgingial

La periodontitis se clasifica según los siguientes criterios:

Extensión

- Localizada. La que presenta menos de 30% de zonas afectadas
- Generalizada. La que presenta mas de 30% de zonas afectadas

Severidad

- Leve. Cuando la pérdida de inserción es de 1 a 2 mm
- Moderada. Cuando la pérdida de inserción es de 3 a 4 mm
- Severa o avanzada. Cuando la pérdida de inserción es mayor a 5 mm(fig. 7)²⁴.

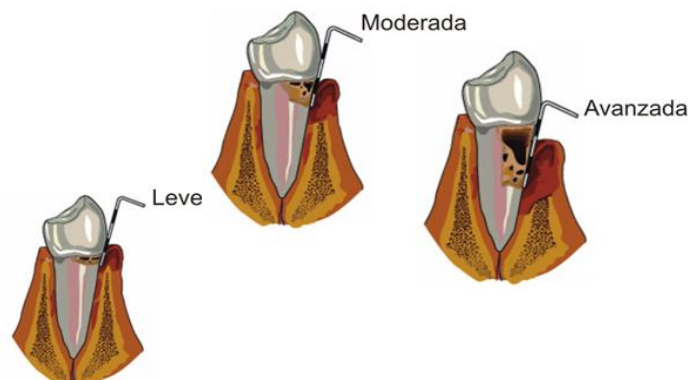


Fig. 7 Clasificación de la periodontitis.

Etiología

Factores como la edad, enfermedades sistémicas, estado inmunológico, stress, cambios hormonales así como la toma de fármacos o la presencia de bacterias causantes de la enfermedad periodontal se pueden manifestar por una gingivitis que si no es tratada a tiempo puede pasar a ser una periodontitis.

Características clínicas

Se pueden encontrar diversos signos y síntomas como:

- Inflamación gingival
- Recesión de la encía
- Placa o cálculo supra y subgingival
- Sangrado o supuración de la encía
- Movilidad dental
- Pérdida ósea radiográfica

Tratamiento

La Academia Americana de Periodoncia aconseja una serie de pasos para el tratamiento de la periodontitis: ¹⁵

- Raspado supra y subgingival
- Instrucciones de higiene oral
- Raspado y alisado radicular
- Reevaluación
- Cirugías
- Estricto programa de mantenimiento
- Prescripción de un antibiótico adecuado

Estomatitis herpética

Esta infección está causada por el virus del herpes simple (VHS), habitualmente de tipo I y se puede transmitir por contacto íntimo.

Características clínicas

Se manifiesta con vesículas que pueden afectar cualquier zona de la mucosa oral, pero las principales zonas donde se manifiesta son el paladar duro y el dorso de la lengua (fig. 8y 9)²⁵.

Las vesículas son redondas y suelen tener entre 2 o 3 mm de diámetro, y si llegan a romperse se forman úlceras circulares claramente definidas que causan dolor. En ocasiones suele aparecer fiebre y malestar general.



Fig. 8 Estomatitis herpética en paladar.



Fig. 9 Estomatitis herpética en dorso de la lengua.

Tratamiento

El principal tratamiento es mediante aciclovir, que es un anti herpético el cual se puede utilizar en colutorio, en ocasiones también es necesario descanso en cama, hidratación y dieta blanda.

Las lesiones suelen desaparecer entre una semana y 10 días, pero el malestar general puede persistir hasta pasadas varias semanas.

Candidiasis.

Esta micosis oral esta producida por el hongo del género *candida albicans*, que es muy común que habite en boca, el desarrollo de este microorganismo está condicionado por una serie de factores predisponentes y en los pacientes portadores de prótesis parcial removible es muy común el desarrollo del microorganismo.

La candidiasis se puede asociar con una serie de cuadros clínicos en los que, juntamente con el hongo existen otras causas, generalmente infecciones bacterianas sobreañadidas.

Características clínicas

La candidiasis oral forma placas color crema y blandas sobre la mucosa, las cuales pueden ser desprendidas dejando una zona eritematosa en la mucosa (fig. 10)²⁶.



Fig. 10 Presencia de candida en cavidad bucal.

Tratamiento

Puede ser con el solo control de las causas locales por medio de un anti fúngico tópico como la nistatina o anfotericina ¹⁶.

La candidiasis asociada con otras lesiones puede ser:

- Estomatitis protésica
- Quelitis angular

Estomatitis protésica

La estomatitis es una patología frecuente entre los portadores de prótesis parcial removible, la cual tiene como factor desencadenante la micosis bucal y se presenta principalmente en el paladar debido a que la base de la prótesis impide la función protectora de la saliva sobre la mucosa.

Etiología

Los factores más comunes que desencadenan esta lesión son:

- Prótesis dentales desadaptadas

- Uso de prótesis dentales removibles por tiempos prolongados o por la noche, que no permitan el descanso de la mucosa bucal.
- Higiene protésica y bucal deficiente
- Disminución de la secreción salival

Características clínicas

La estomatitis protésica presenta tres etapas por las que transita el paciente en caso de no ser interceptada precozmente:

- Grado I. Aparece un puntilleo rojo sobre la mucosa, hay signos inflamatorios mínimos y generalmente asintomáticos (fig. 11).



Fig. 11 Estomatitis protésica grado I.

- Grado II. Lesión inflamatoria donde se pueden observar los contornos de las prótesis y la superficie mucosa es de color rojo brillante, aparecen áreas eritematosas difusas que se pueden cubrir total o parcialmente por un exudado blanco grisáceo. Generalmente el paciente ya presenta alguna sensación (fig. 12).



Fig. 12 Estomatitis Protésica grado II.

- Grado III. Lesión constituida por una mucosa gruesa con gránulos irregulares y la magnitud de la inflamación es variable (fig. 13).



Fig. 13 Estomatitis protésica grado III.

También algunos pacientes con estomatitis protésica muestran síntomas que pueden incluir inflamación de la mucosa, sangrado, sensación de quemazón, mal gusto, halitosis y xerostomía, dependiendo en qué grado se encuentre la enfermedad ^{16, 17}.

Tratamiento

Su tratamiento será mediante la eliminación de posibles factores irritativos, como el ajuste de la prótesis o algún rebase que se coloque para evitar que siga lastimando a la mucosa.

Se recomendará el uso de lavados con agua bicarbonatada y gasa estéril para cambiar el pH del medio oral y la colonización y el crecimiento del microorganismo ¹⁵.

También se pueden colocar anti fúngicos tópicos como nistatina o anfotericina. Y es importante saber que el hongo también debe ser eliminado de la prótesis, y esto se logra dejándola por la noche en una solución de con clorhexidina o hipoclorito al 0.1 % para lograr su desinfección.

Quelitis angular

Son fisuras bilaterales sintomáticas de los ángulos de la boca, frecuentes en pacientes con infección por *cándida albicans* en otras partes de la boca y que suelen acentuarse cuando se cierra la boca firmemente.

Etiología.

Su origen se atribuye a varias causas, entre las que destacaremos:

- Pérdida de dimensión vertical, debido al desgaste de dientes en prótesis removibles
- Déficit de vitamina B
- Uso prolongado de prótesis removibles

Características clínicas

Se presenta como una inflamación bilateral de las comisuras de la boca, acompañada de agrietamiento o fisuras, sus síntomas son pocos y generalmente el paciente refiere ardor y sequedad en las comisuras labiales (fig. 14)²⁷.



Fig. 14 Características clínicas de quelitis angular.

Tratamiento

Se debe aumentar la dimensión vertical en caso de que esté disminuida, acompañando esto con pomadas anti fúngicas que pueden ir en combinación con un antibacteriano.

3.3 Lesiones de tipo no infeccioso

Úlceras traumáticas

Son lesiones inflamatorias de la mucosa bucal que poseen múltiples etiologías, pueden manifestarse de manera aguda, crónica o recurrente. Se desarrollan en zonas expuestas a traumatismos como los labios o la mucosa yugal adyacente al borde de una prótesis ¹⁸.

Etiología

Estas úlceras suelen estar provocadas principalmente por mordisqueo, traumatismo protésico o algunos agentes químicos.

Características clínicas

Son blandas, tienen un suelo de fibrina de color amarillo o grisáceo y un margen eritematoso. Dependiendo del tiempo transcurrido desde el traumatismo, la úlcera puede tener cierto grado de inflamación y eritema (fig. 15)²⁸.



Fig. 15 Características clínicas de una úlcera.

Tratamiento

El tratamiento consiste en eliminar la causa o factor que este provocando el traumatismo y pocos días después debe desaparecer la úlcera, si no es así es necesario realizar una biopsia para saber cuál es la causa.

Liquen plano

Es una enfermedad inflamatoria crónica que es muy frecuente en piel y en mucosas bucales y se presenta principalmente en pacientes de mediana

o avanzada edad. Estas lesiones tienen un aspecto y una distribución característicos.

Etiología

Su etiología no se sabe muy bien aun, aunque se cree que es de naturaleza autoinmune en la que se produce una agresión T linfocitaria dirigida a las células basales del epitelio de la mucosa oral. ¹⁹

Características clínicas

Clínicamente aparece como una lesión blanquecina, circunscrita, de pequeño tamaño y ligeramente elevada. Varias de estas lesiones se agrupan en racimos, estrías o placas. Sin embargo dependiendo del grado de lesión epitelial, este puede llegar a atrofiarse originando clínicamente áreas de eritema y erosiones (fig. 16 y 17)²⁹.



Fig. 16 Liquen plano con áreas eritematosas.



Fig. 17 Liquen plano en forma de estrías.

Las lesiones generalmente son multicéntricas y bilaterales y es posible encontrar formas de predominio blanco o formas de predominio rojo.

El estado general del paciente suele ser bueno cuando estas lesiones se encuentran en su forma de placas blancas, ya que no presenta sintomatología. Cuando ya se presentan zonas eritematosas comienza a ser sintomática produciendo escozor o ardor especialmente al contacto con los alimentos ácidos o salados.

Extraoralmente se pueden encontrar lesiones cutáneas, en cuero cabelludo, las uñas y los ojos ²⁰.

Tratamiento

El tratamiento va enfocado a eliminar las placas, aliviar los síntomas y reducir el riesgo de una posible malignización, lo primero que se debe hacer es eliminar los factores traumáticos próximos a la lesión tales como restos radiculares cortantes o ganchos de prótesis o prótesis mal ajustadas, también es necesario eliminar los factores irritantes como

tabaco, alcohol y especias. La higiene bucal debe ser rigurosa, eliminando los depósitos de sarro y educando al paciente en este aspecto. También se pueden aplicar corticoides tópicos para controlar la inflamación.

Estomatitis alérgica

Existen múltiples sustancias en un principio inocuas, que cuando entran en contacto con la piel provocan una hipersensibilización en los sujetos susceptibles, y cuando esto sucede de forma repetida se provoca una reacción inflamatoria. Esta misma situación se puede presentar en las mucosas, y la principal alergia que se conoce es al níquel, aleación que se utiliza en las prótesis dentales o al monómero que también se utiliza en las bases de acrílico.

Etiología

Como se menciona anteriormente la principal causa es la alergia que se presenta con la presencia de níquel o monómero en las prótesis dentales.

Características clínicas

Los síntomas principales son edema y manifestaciones extraorales como dermatitis y urticaria (fig. 18)³⁰.

Tratamiento

Evitar aleaciones metálicas que contengan níquel, cromo o cobalto en pacientes sensibles, y una opción para este tipo de pacientes puede ser el titanio que es un material muy compatible.

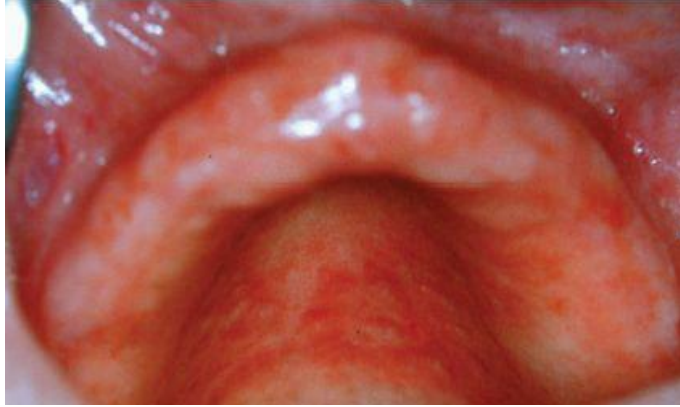


Fig. 18 Inflamación de la mucosa palatina.

CAPÍTULO 4. RECOMENDACIONES AL COLOCAR UNA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

La aparición de afectaciones en la cavidad bucal en pacientes portadores de prótesis parcial removible muchas de las veces se debe a la deficiente información sobre el cuidado y mantenimiento que deben tener sobre sus bocas y sobre las prótesis, esto se podría evitar promoviendo un cambio en su estilo de vida y enseñándoles a desarrollar una habilidad sobre el cuidado y examinación bucal para así disminuir o prevenir la aparición de lesiones patológicas ²¹.

Es importante que el día de la inserción de la prótesis el odontólogo se tome el tiempo necesario para explicar y dar las recomendaciones adecuadas al paciente sobre el cuidado correcto del aparato y para aclarar dudas que puedan surgir, ya que el funcionamiento adecuado de la prótesis depende en gran manera del cuidado que el paciente tenga sobre ella.

Se debe explicar sobre como debe ser retirada y colocada en la boca por el mismo paciente y para esto el paciente se debe observar frente a un espejo mientras que el odontólogo coloca la prótesis y va explicando que los ganchos deben ir alineados a los dientes pilares, también se muestra la fuerza que debe ejercer para asentar la prótesis y hace énfasis en que si no lo hace correctamente se pueden causar daños a la prótesis y a los tejidos.

Para retirarla se debe explicar que la debe traccionar de ambos lados al mismo tiempo, tomándola de los ganchos y apoyándose en los dientes pilares.

Estas indicaciones pueden ser proporcionadas por escrito de manera clara y concreta, para evitar confusiones y así el paciente puede recurrir a estas en caso de que tenga alguna duda.

4.1 Periodo de adaptación

La rehabilitación protésica conlleva a una serie de cambios a los cuales el paciente debe adaptarse, dicho periodo de adaptación varia entre un paciente y otro e intervienen algunos factores como la edad, ya que para un paciente mayor es difícil aceptar un objeto nuevo en boca, o también depende si el paciente antes ya ha usado una prótesis, con lo que se le hará mas fácil la adaptación a una nueva.

Por estas razones se debe informar al paciente que en un principio le será difícil la adaptación y que tal vez presente malestares como los siguientes:

- Aumento de salivación que ira disminuyendo poco a poco.
- Disminución en el sentido del gusto que desaparecerá en algunas semanas.
- En cuanto a la fonética, presentara dificultad para pronunciar algunos sonidos o notara cambios en el habla.
- Pueden aparecer molestias en las zonas donde se descansa la prótesis, las cuales deben desaparecer en pocos días y si no es así se debe acudir con el dentista para que realice los ajustes necesarios.
- Pueden aparecer molestias o dolor en los dientes remanentes debido a la fuerza que ejerce la prótesis sobre ellos.

Y por lo mencionado anteriormente es importante que expliquemos al paciente las siguientes recomendaciones, para que así el periodo de adaptación sea mas corto.

- Comenzar a comer alimentos blandos en trozos pequeños y no pegajosos y poco a poco ir comiendo alimentos de mayor consistencia.
- En cuanto a la fonética, se debe leer en voz alta y frente a un espejo para localizar los sonidos que se dificultan e ir aprendiendo a controlarlos.
- Si hay mucha molestia o dolor al morder, acudir con el odontólogo para que realice ajustes o alivios necesarios.
- Manipular con cuidado las prótesis, para evitar caídas y que éstas se fracturen o se rompan.

4.2 Higiene bucal

Parte del cuidado de la prótesis dental depende en gran manera de la higiene que exista en la cavidad bucal, por lo que se debe llevar a cabo un programa de limpieza antes de comenzar algún tratamiento protésico, para que así en el momento de colocar alguna prótesis, la cavidad bucal se encuentre en las mejores condiciones.

Por esto es importante que para que una rutina de higiene oral se lleve a cabo adecuadamente, el paciente se comprometa y este convencido de realizarla regularmente, para que posteriormente se vuelva un hábito y se logre el objetivo deseado.

Tanto las prótesis como los dientes remanentes y los tejidos adyacentes acumulan placa dentobacteriana por lo que es necesario limpiarlos a través de alguna técnica de cepillado. Dicha técnica nos ayuda a lograr un control mecánico de la placa y evitar enfermedades en la boca, y así mismo para mejorar el aspecto físico del paciente y mejorar el mal aliento.

Una mala higiene bucal puede provocar que los tejidos de soporte para la prótesis se deterioren lo que puede provocar un desajuste en ésta y acortar su tiempo de vida útil.

La higiene de la prótesis y de la boca debe hacerse después de cada comida y antes de acostarse, los dientes naturales se cepillarán sin la prótesis dental colocada, con una pasta dentífrica y con un cepillo dental. Los tejidos blandos deben limpiarse con un cepillo de cerdas suaves para evitar lastimarlos y estimular la circulación.

La técnica de cepillado consiste en realizar movimientos básicos o la combinación de estos, que son:

- Movimiento reciproco horizontal
- Barrido vertical
- Rotatorio
- vibratorio

Los principales objetivos al realizar una técnica de cepillado son:

- Remover la placa dentobacteriana
- Limpiar los dientes de los restos de alimentos o manchas
- Estimular los tejidos gingivales

Además de la higiene bucal con el cepillado es conveniente el uso de hilo dental.

La limpieza de la lengua se realiza con el cepillo dental, se colocan las cerdas con dirección a la garganta en la parte media de la lengua y se realizan movimientos de barrido hacia el exterior, repitiendo esto varias veces y de la misma manera se realiza la limpieza del paladar ²².

4.3 Higiene y cuidados de la prótesis

Una vez colocada la prótesis en la boca del paciente es muy importante que se le explique la necesidad de mantener una buena higiene en su boca y en la prótesis, para así evitar enfermedades bucales.

También debemos de explicar que gran parte del funcionamiento y durabilidad de la Prótesis depende en gran manera de los cuidados que se tenga sobre ella, por lo que se deben seguir las siguientes recomendaciones:

- La boca y la prótesis se deben limpiar después de cada comida y antes de irse a dormir.
- La prótesis debe ser limpiada con un cepillo de dientes suave o con un cepillo diseñado para este fin, acompañado de jabón o de algunas pasta limpiadoras.
- Una vez que se termina de cepillar la Prótesis con el jabón, se debe enjuagar con abundante agua para eliminar todos los restos de detergente que puedan quedar.
- El lavado de la prótesis debe ser con agua fría, nunca se debe utilizar agua caliente ya que podría causar deformaciones en la prótesis.
- Para realizar dicha limpieza en la Prótesis es necesario retirarla de la boca, nunca se debe realizar la limpieza con la prótesis colocada en boca.
- La prótesis debe retirarse de la boca antes de ir a dormir, para que así los tejidos tengan un periodo de descanso.
- Al momento de realizar la limpieza de la prótesis, ésta no debe ser apretada con los dedos y la palma de la mano, ya que podría romperse o fracturarse.
- Para evitar que el material de la prótesis se reseque, se debe colocar en un recipiente con agua durante las noches

- No debe tratar de realizar ajustes o reparaciones en la prótesis, esto lo debe hacer el odontólogo.

Una buena higiene alarga la vida útil de las prótesis dentales y una prótesis mal adaptada o deteriorada debe ser reemplazada ya que además de no realizar su trabajo correctamente, le transmiten fuerzas inadecuadas a las piezas dentarias restantes en la cavidad oral.

CONCLUSIONES

La prótesis parcial removible es una opción de tratamiento muy utilizada en pacientes parcialmente edentulos, la cual llega a tener el éxito esperado si se lleva a cabo correctamente su diseño, por lo que es importante conocer los elementos que constituyen una prótesis y sus funciones.

Una vez que tenemos el conocimiento de los componentes que estructuran una prótesis, como se emplean y cual es su objetivo, también debemos conocer que aparte de cumplir con sus funciones principales de masticación, estética y fonética, la prótesis debe cumplir la función de preservar los tejidos adyacentes y los dientes remanentes.

Por este motivo es de suma importancia que conozcamos sobre las afectaciones de los tejidos blandos que pueden padecer los pacientes portadores de una prótesis, para evitarlos y si es necesario dar el tratamiento adecuado cuando estas aparezcan y lograr el éxito deseado en una prótesis parcial removible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Academy of Prostodontics. *The Glossary of Prostodontics terms*. The Journal of Prostodontics. 2005; 94-(1): 10-92
2. De Jesus R, Bonachela W, Bonfante G, Baroncini Z, Ramos L, Reemplazo de Dientes anteriores a través de Protesis Parcial Removible Rotacional. Rev. Odontol. Dominic. 1999 Ene-Jun; 5(1): 37-43.
<http://www.bvs.org.do/revistas/rod/1999/05/01/rod-1999-05-01-037-043.pdf>
3. Loza D, Valverde H. diseño de Prótesis Parcial Removible. Madrid, España: Editorial Ripano.
4. Revoredo A, Nivel de conocimientos y factores críticos auto-percibidos en la enseñanza del diseño de prótesis parcial removible por alumnos del quinto año de Estomatología. Rev. Estomatol. Herediana, ene-jun 2007, 17(1): 29-34.
http://www.upch.edu.pe/FAEST/publica/2007/vol17_n1/vol17_n1_07_art6.pdf
5. Giraldo O. Cómo evitar Fracasos en Protesis Dental Parcial Removible. Rev. Fac. odonto. Univ. Antioq. 2008; 19(2): 80-88.
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/2231/1801>
6. Mallat E. Prótesis Parcial Removible y Sobredentaduras. Elsevier. Madrd, España. 2004.
7. Miller E. Prótesis Parcial Removible. Nueva Editorial Interamericana. Alabama. 1990.
8. Clemente J, Vela X, Samsó J, Perarire M, Anglada J, Salsench J. Tipos de Edentulismo Parcial tratados con Protesis Parcial Removible. Ana. De Odontost. 1994, 6: 201-206.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25952/1/509843.pdf>
9. Angeles F, Protesis Parcial removible. Procedimientos Clinicos, Diseño y de Laboratorio. Trillas. México. 2010.
10. Gómez de Ferraris M. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. Editorial Medica Panamericana 2º edi. 2010
11. Thibodeau G, Patton G. Anatomía y fisiología. 8a Edición. Editorial Mosby, St. Louis 2007.

12. Garcia B, Benet M, Castillo E. Prótesis Dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. Rev. Elect . de las Cienc. Med. en Cienf. Enero 2010, 8 (1): 36-40
<http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v8n1/v8n1a1052.pdf>
13. Fundamentos de medicina y patología oral. R.a.cawwson e.w.odell. elsevier. Octava edicion . Barcelona españa 2009
14. Doncel C, Vidal M, Del valle M. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. Rev. Cubana de Med. Mili. 2011;40(1):40-47
<http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v40n1/mil06111.pdf>
15. Escudero N, Perea M, Vascones A. Revisión de la Periodontitis crónica. Evolución y su aplicación clínica. Av Periodon Implantol. 2008; 20, 1: 27-37
<http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original2.pdf>
16. Arias A. diagnostico de las patologías de los tejidos blandos en mujeres con prótesis total o parcial removible. Rev. Esto. 2001; 9 (1): 21-29
<http://odontologia.univalle.edu.co/estomatologia/publicaciones/09-02-2001/pdf/03v09n02-01.pdf>
17. Barata D, Duran A, Carrillo S. Estomatitis Protésica. Aspectos clínicos y tratamiento. Prof. Dent 2002, 5 (10)
<http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/profesion/vol5-n10/articulo.pdf>
18. Toche P, Salins J, Guzman A, Afani A, Jaude N. ulceras orales recurrentes: características clínica y diagnostico diferencial. Rev. Chil. Infec. 2007, 24 (3) 215-219.
<http://www.scielo.cl/pdf/rci/v24n3/art07.pdf>
19. Bascones C, Gonzales M, Carrillo A, Bascones A. Liquen plano oral. Aspectos clínicos, etiopatogenicos y epidemiológicos. Avances en odontoestomatologia. 2006, 22 (1)
<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n1/original1.pdf>
20. Bermejo A, Lopez J. Liquen plano oral. Naturaleza, aspectos clínicos y tratamiento. RCOC 2004, 9 (4) 395-408.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1138-123X2004000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Menendez L. la consejería de salud bucal y su utilidad para la especialidad de prótesis estomatológica. Rev. Cubana Estomat. 2003, 40 (2).
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1138-123X2004000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es