

870122
91
25

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ALTERACIONES NEUROMUSCULARES EN RELACION CON
EL TRATAMIENTO DE PROSTODONCIA TOTAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

ENRIQUE DE SILVA GONZALEZ

Asesor: C.D. Javier García Rodríguez

GUADALAJARA, JALISCO. 1987



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 está 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.

ALTERACIONES NEUROMUSCULARES EN RELACION CON
EL TRATAMIENTO DE PROSTODONCIA TOTAL.

I N T R O D U C C I O N .

CAP. I.- Aspecto psicológico del paciente desdentado total.

A- Participación del paciente en el tratamiento.

B- Adaptación.

C- Conflictos y frustraciones.

CAP. II.- Enfermedades Neuromusculares.

A- Enfermedad cerebrovascular.

B- Epilepsia.

C- Esclerosis.

D- Enfermedad de Parkinson.

CAP. III.- Alteraciones sistemáticas.

A- Diabetes.

B- Sífilis.

C- Trastornos óseos.

D- Factores nutricionales.

C O N C L U S I O N E S .

B I B L I O G R A F I A .

I N T R O D U C C I O N .

Cada paciente debe saber que sus prótesis sufren desgaste y no son irrompibles, que mantenerlas en buen estado higiénico exige un esfuerzo-- personal constante y, que dentro de cierto límite el odontólogo puede auxiliarlo, mediante reparaciones, reajustes y reacondicionamientos pequeños y grandes.

Aunque las dentaduras estan siempre pensadas con el fin de mejorar, la salud proporcionar bienestar al paciente, a veces lesionan los tejidos orales. Este daño puede evitarse si se han utilizado normas de tratamiento elevado y se ha programado una inspección regular.

La prostodoncia es un servicio de salud integrado por dos componentes totalmente distintos y separados y sin embargo, profundamente relacionados: la prótesis y el organismo.

Sin embargo muy a menudo los dentistas, solo hablan de la inspección regular, desconfiando quizás, de que los pacientes se acaben de conocer y convencer del todo de su necesidad.

En relación con las muchas fases del tratamiento de la dentadura, - el dentista, tiene que resolver cada problema en teoría antes de intentar resolverlo en la práctica.

Ningún otro grupo de pacientes observados por el dentista requiere de valoración más completa del estado de salud general y de los tejidos - de la boca, que los que van a recibir una prótesis total.

Estos grupos de pacientes con dentadura total suelen hallarse los - de edad avanzada, cuando es más frecuente la presencia de cambios degenerativos en los tejidos de la boca.

Tiene máxima importancia el hecho de que las posibilidades de reparación de los tejidos bucales en los últimos años de la vida están netamente disminuidos, como lo está la capacidad de estos tejidos para adaptarse a las nuevas situaciones ambientales que quedan por debajo de las dentaduras artificiales.

De no hacer debidamente esta valoración correremos el riesgo de tener un fracaso en nuestro tratamiento de prótesis totales.

CAP I. ASPECTO PSICOLOGICO DEL PACIENTE DESDENTADO TOTAL.

- A.- Participación del paciente en el tratamiento.
- B.- Adaptación.
- C.- Conflictos y frustraciones.

La prótesis total, es la rama de la odontología que se encarga de -- reemplazar por medio de sustitutos artificiales a todos los dientes y estructuras asociadas ausentes, al arco superior e inferior.

Se entiende por edentación total, como la pérdida de dientes de ambos maxilares o de un sólo, prostodoncia de la edentación total o prostodoncia total, es por lo tanto, el estudio de la edentación total y su tratamiento protético, se puede también definir como; la rama de la odontología consagrada a la reintegración psicósomática de los pacientes afectados de edentación total.

La La pérdida de todos los dientes, no es un medio excedente en la vida del ser humano; lleva una serie de modificaciones en gran parte irreversibles, que alteran las condiciones de la vida.

Son tratamientos preventivos de la edentación, todos los que justifican la odontología preventiva y todos los que desarrollan la odontología -- conservadora.

En el presente capítulo se encuentra limitada la necesidad de emplear los conceptos de psicología y psiquiatría; sin embargo, cuando esta necesidad se hace evidente, el uso de estos conceptos es esencial para un -- tratamiento satisfactorio.

Por ejemplo tiene interés conocer porqué el paciente desea las dentaduras; es decir, que motivo lo induce a buscar atenciones dentales; es el dolor, por estética o por evitar riesgos de enfermedad; otro factor de importancia es la capacidad del individuo para ajustarse al sufrimiento o -- tensión:

¿está el paciente preparado para soportar un extenso periodo de cuidados clínicos y para aceptar tanto los inconvenientes como la responsabilidad -- que lleva implícita una restauración de este tipo?

Además de los motivos o impulsos para escoger tratamiento y de la -- acomodación de los problemas que este lleva en si mismo existen otros factores en cuanto al comportamiento humano, los cuales son aplicables a la -- práctica dental, particularmente a la prótesis completa; tal es, por ejemplo, la necesidad de una participación completamente activa del paciente -- en el tratamiento, así como los fenomenos psicossomáticos.

Cuando un dentista es consultado por un paciente que busca tratamien -- to protético de despertar en él mismo reacciones adecuadas y de propósito de aprendizaje; para conseguir este propósito el dentista debe comprobar -- la naturaleza de los estímulos desencadenados por cada una de las acciones en las distintas fases del tratamiento; así mismo tendrá en cuenta las ex -- periencias previas del paciente, en relación con este tipo de tratamiento.

Es obvio que el paciente busca tratamiento porque tiene un motivo de -- una u otra índole; pero a menudo no está preparado para acomodarse a las -- exigencias de este tratamiento y no es capaz de ajustarse a las mismas.

La prótesis total, procura la conservación de la salud de los desden -- tados completos, mediante aparatos artificiales aplicados a los maxilares, que tienen por objetivo restaurar la masticación, estética, fonética y ade -- más deficiencias, que provoca a los desdentados, agregando a estos la au -- sencia de molestias.

Es seguro que no todos los pacientes solicitarán la ejecución de to -- das las atenciones dentales que necesitan pero también encontramos a otros que nos pidan las mínimas atenciones pues, del mismo modo que en el resto de las actividades, en lo que al cuidado dental se refiere, muchos nos pi -- den una solución intermedia según sus necesidades, y está de acuerdo con -- su motivación y su capacidad de acomodación a ciertos factores psicológi -- cos, tales como la frustración, ansiedad, miedo y tensión.

La medida del éxito o fracaso sigue siendo esencialmente objetivas, -- tanto para el profesionista como para el paciente, sin embargo, podemos --

aplicar un principio general que para obtener una mejor prótesis, es necesario una mejor técnica del profesionista y una buena disponibilidad del paciente.

La falta de adaptabilidad de las dentaduras artificiales, puede deberse a factores locales y generales, corregibles, por tratamiento quirúrgico o ser de origen mental.

Una explicación extensa con propósitos de educación sobre la necesidad de atenciones dentales solo es efectiva cuando se realizá en condiciones satisfactorias de salud, sin la premisa del dolor, pues es el problema de la motivación y educación en cuanto al tratamiento es acaso uno de los problemas más complicados de la prótesis dental.

Pacientes que no solicitan espontáneamente un tratamiento dental por sí mismos, sino que lo hacen acatando el deseo y la voluntad de otros, pocas veces encontrarán satisfacción con la dentaduras que se les hacen, a menos que aprendan realmente su necesidad, pues en el caso contrario a menudo se ponen la dentadura sólo en presencia de la persona que los aconsejó.

Una protodoncia total consta de dos elementos esenciales; Que es la base y dientes artificiales, este conjunto esta formado por tres orificios oclusales; la oclusalo de antagonización, desarrollada en los dientes artificiales, y la asiento o de impresión adaptada a la superficie del soporte y la de la superficie pulida, modelada según conveniencias, posibilidades o arbitrariamente.

La unión de la superficie de asiento con la pulida, forman el borde periférico, que contornea la extensión de la base. Para ser útiles de buen aspecto y cómodas, las dentaduras completas deben satisfacer cualidades de orden mecánico, biológico y estético.

La retención es condición fundamental y el que mejor responde a las exigencias biológicas es la adhesión obtenida por perfecta adaptación de la base de la superficie mucosa, consolidada por ajuste del borde periférico con los tejidos de soporte, sin perturbar sus inserciones, movilidad ni su circulación.

El soporte necesario para la masticación se obtiene del ajuste de la base contra los tejidos a que se adapte.

La estabilidad, resulta de la disposición de los bordes superficies púldas y oclusales de tal manera que eliminé las fuerzas desplazantes y, además del aprendizaje del paciente a manejar su propia musculatura, (la -- lengua, labios, carrillos) en este sentido.

Motivación deficiente, es aquella en la que el paciente solicita dentadura, no movido por un deseo de conservar la salud o mejorar su estética en términos generales, sino que lo hace por unos factores muy específicos, es decir; pacientes que sólo están interesados por una determinada forma y contorno de los dientes, y/o con la forma y tamaño de la dentadura completa. El dentista encontrará bastantes dificultades para encontrar satisfacción a uno de los deseos tan específicos, que a menudo sebrepan las posibilidades del mismo; el paciente expresa a veces deseos especiales sólo en cuanto a la posición de los labios y su contorno, a las arrugas nasolabiales y otras consideraciones cosméticas.

La motivación es mala cuando está dirigida a un solo aspecto del tratamiento en una forma muy específica; en estos casos los pacientes muestran incapacidad y actúan de mala gana para el aprendizaje, no son capaces de adquirir la habilidad necesaria para una satisfactoria utilización de las prótesis para aceptar la disminución de la actividad funcional que estas prótesis tiene.

Participación del paciente en el tratamiento.- Un paciente cuyo deseo es bueno y cuyas reacciones psiquiátricas son normales generalmente -- acepta las experiencias del tratamiento dental con un sentido de responsabilidad para con el dentista y en relación a sus demandas para las citas, -- sus facilidades y preparación, reconociendo los límites de la ciencia dental; tal paciente solo espera que éste tratamiento le consigna y garantiza un buen estado de salud a la par un relativo aumento de bienestar en sus -- funciones y en su aspecto acepta limitaciones que lleva consigo estos arte factos, denominados prótesis y de las cuales es obvio que no esperará que dupliquen la forma y eficiencia de los dientes propios perdidos, sino que por el contrario los acepta con sus limitaciones inherentes a una duplicación artificial de sus dientes naturales.

Hay pacientes cuya motivación es mala y no aceptan la realidad de estos problemas, tienen exigencias inoportunas e irrealizables que no puede satisfacer el dentista; no aceptan responsabilidades sobre la vigencia de los síntomas y no participan en las decisiones acerca del tratamiento. Es un ejemplo el del paciente que desea determinada forma de dientes, los cuales no concuerdan con el criterio del dentista, pero si la opinión del paciente prevalece más tarde, cuando sobre el trabajo determinado, se apreciará el error de tal decisión este paciente hace recaer la responsabilidad de ello sobre el dentista.

Hay otro tipo de pacientes que tratan de ser muy cooperativos y se anticipan a cada fase y cuya actividad transforma las mismas, crean tensión en los tejidos, durante la toma de impresiones y dificultan los sistemas de registro.

Otros son muy complacientes, los cuales dicen, haga usted lo que crea conveniente, usted es el doctor, y así no comentan más mientras dura el tratamiento; pero cuando son necesarios los reajustes, se quejan amargamente de que ellos han cooperado con todas sus fuerzas y que no hay razón para estas molestias y reajustes.

Podemos decir que un paciente motivado, con una personalidad debidamente ajustadas, que tiene sentido de la responsabilidad y que se de cuenta de la importancia de su participación en el tratamiento permite los mejores resultados en prótesis dental. Una cuidadosa valoración del comportamiento del paciente sumado a una valoración biológica del mismo, ayuda mucho para obtener una certada valoración pronóstica.

La edad es otro factor importante, pues cuanto más joven es la persona, más rápidamente se adaptará a esta condición anormal. Teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes de la dentura no son jóvenes, es preciso sabr convencerlos que no aprenderán rápidamente a usar sus dentaduras.

La posición social de una persona tiene mucho que ver con las necesidades estéticas. Cuanto más alta es la posición, más exigente será la actitud del paciente. Una plática con respecto a lo que el paciente espera traerá a la luz la experiencia basada en el paciente en comparación con la experiencia de otros para establecer sus puntos de vista hacia las dentaduras. Algunas personas esperan que la dentadura los alivie de todos los achaques relativos a la comodidad y a la apariencia; otros lo esperan todo menos el éxito. Tales actitudes deben ser corregidas de antemano procurando dar al paciente una idea de lo que puede esperar.

En general, se nota que el optimismo de los pacientes va en aumento; esperan mucho más que antes en estos días de grandes invenciones y comodidades.

Se requiere algún tiempo para hacerse cargo de la actitud del paciente y readaptar su estado mental, pero si este problema no recibe la debida atención, puede ser la causa del fracaso. Se evitarán muchos problemas, seleccionando cuidadosamente a los pacientes, mejorando su actitud o renunciando a seguir adelante. También debe decidirse, cuando se hace el análisis crítico de la actitud poco favorable del paciente, si es posible modificarla o no; en este último caso, es mejor, tanto para el paciente como para el dentista, no iniciar o no continuar con la construcción de la prótesis completa.

Adaptación.- El proceso de adaptación social es que existen muchas - personas que desean ser admitidas y consideradas dentro de su medio social o medio ambiente, pero cuando alguna de ellas se sabe criticada por su dificultad en el hablar o por su mal aspecto debido a la pérdida de los dientes, siente frustrados sus deseos y surge una desarmonía entre éstos y el logro conseguido, se siente la necesidad de ajustarse al medio ambiente -- y conseguir la aprobación social de los que lo rodean.

El medio para conseguirlo es mediante un tratamiento dental y no deja de ser una forma de ajuste o adaptación al ambiente. Otra forma de hacerlo es mediante excusas, despreciando las críticas o evitandolas y frecuentando solo personas que también tienen malas condiciones sus dientes; aunque esta forma de adaptación no consigue una aprobación social, tiende temporalmente a reducir la tensión que siente. A pesar de que las bocas - desdentadas llevan consigo molestias de carácter nutritivo , se asocian-- más a menudo con problemas y conflictos de tipo social; por esto los pa- cientes siempre buscan alivio para el dolor, cualquiera que sea su capaci- dad económica o condición social; sin embargo, hay millones de personas -- desdentados total y parcialmente que por las más diversas causas carecen - de motivación y capacidad de adaptación ante la prótesis que necesitan y - continúan viviendo y aceptan su condición, o buscan fórmulas de compromiso con un tratamiento e insuficiente.

Conflictos y frustraciones.- En prótesis dental la cuestión de ajuste a una motivación intensa y continua debe ser realizada en relación con la capacidad que tenga el paciente para resolver conflictos y frustraciones. Por ejemplo; una vez que se ha despertado un motivo intenso o deseo de obtener tratamiento protético, este deseo mantiene al paciente en una moti- vación continua hasta que el tratamiento se ha logrado; sin embargo, cuan-

do el paciente tiene dificultades para organizar su tiempo y esto perjudica otros intereses, o cuando el motivo que lo indujo a solicitar tratamiento dental es inhibido por determinadas causas dentro del ámbito familiar, o acaso por miedo o desconfianza en el dentista, este paciente no consigue un adecuado ajuste para determinar el tratamiento. Otro problema de acomodación se plantea por la gran facilidad que tienen algunos pacientes en sentirse frustrados.

Los motivos son diversos, pues en algunos casos las alteraciones patológicas hísticas crean dificultades clínicas que limitan la forma del tratamiento y el paciente tiene una visión deformada de la realidad que le hace incapaz de aceptar una adaptación del paciente no es buena y con frecuencia, a causa de ésta falta de acomodación el tratamiento se prolonga mucho y a veces no llega a complementarse o se interrumpe por el mismo enfermo que hasta en algunos casos, tiene resentimiento hacia el dentista.

CAPITULO 11. ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES.

- A.- Enfermedad cerebrovascular.
- b.- Epilepsia.
- C.- Esclerosis.
- D.- Enfermedad de Parkinson.

Enfermedad Cerebrovascular.- La enfermedad cerebrovascular es el -- trastorno neurológico más frecuente de las personas adultas, y todos los pacientes tratarán pacientes con secuelas de este padecimiento.

La enfermedad cerebrovascular incluye todos los trastornos que lesionan los vasos sanguíneos del cerebro, produciendo lesión neurológica.- El resultado final de la lesión del vaso sanguíneo, es un episodio agudo que se denomina accidente cerebrovascular (CVA) a apoplejía.

La causa más frecuente de infarto del cerebro es la arteriosclerosis. Se desarrollan placas ateromatosas en las paredes arteriales. La placa se ulcera, provocando la formación de un trombo o coágulo sanguíneo, - que puede acabar bloqueando el riego sanguíneo de la parte del cerebro que riega, ocasionando un infarto agudo de tejido cerebral. Los lugares, donde más frecuentemente se desarrollan placas ateromatosas son las ramificadas de un sistema arterial como la arteria carótica interna cuando se ramifica a partir de la carótida primitiva. Los trombos también se forman frecuentemente en las arterias vertebral, vasalear y cerebral media. La oclusión de cada una de estas arterias provoca un síndrome característico -- cuyos signos dependerán de la parte del cerebro donde hay infarto. La diabetes y la hipertensión son factores predispuestos para la formación de - trombos, y los pacientes con trastornos pueden tener particular susceptibilidad para la apoplejía.

Los embolós también pueden ocluir un vaso cerebral. Una embolia es el bloqueo de un vaso sanguíneo por un coágulo, una masa bacteriana u otro material que se origina en alguna parte del cuerpo. Al paso que un - trombo se va formando lentamente en el vaso afectado, el trombo se produce en cualquier parte, se rompe y bruscamente ocluyó un vaso sanguíneo en otra parte diferente. La mayor parte de émbolos que afectan el cerebro se desintegran separándose de un trombo que se formó en el corazón izquierdo

La hemorragia de un vaso intracraneano también puede causar CVA. --

Las causas más frecuentes de hemorragia son la hipertensión y la rotura de un aneurisma sacciforme. Son causas menos frecuentes traumatismos, hemorragias y trastornos de la coagulación y roturas de angiomas.

Características en cavidad bucal.- El dentista ha de tener presente que la mayor parte de los factores que provocan apoplejía no están bajo su control, no hay etapas previas que garanticen que un paciente está protegido contra la apoplejía. Años de arteriosclerosis o vasos sanguíneos debilitados a nivel del polígono de Willis, no pueden intervenir con ninguna medicación, por lo tanto, el dentista solo hará lo posible para reducir al mínimo los peligros de sus pacientes.

Para disminuir el CVA en pacientes dentales adultos, hay que empezar por tomar historia médica que incluya preguntas identificando los pacientes de peligro elevado. En este grupo se incluyen pacientes con antecedentes de CVA, diabetes hipertensión y mujeres que toman anticonceptivos por vía bucal. En la historia también se incluirán preguntas revisando sistemáticamente signos neurológicos intermitentes de parestesias, debilidad o afasia. Estas últimas preguntas son importantes para descubrir pacientes que han sufrido crisis isquémicas temporales. Si un paciente que sufre estas crisis de isquemia temporal no está bajo cuidado médico, hay que mandarlo al especialista para valoración antes de efectuar ningún tratamiento dental que no sea un cuidado de urgencia médica.

El peligro de apoplejía en el consultorio dental también disminuye tomando la presión arterial de todos los adultos y mandando los hipertensos a un médico competente para valoración y tratamiento.

El tratamiento dental claro está, puede ser necesario para un paciente con riesgo elevado de CVA. Las técnicas prolongadas de elección están contraindicadas, pero no hay que olvidar el control conservador de caries dentales y enfermedad periodontica. El tratamiento de la infección aguda o de el dolor intenso resultante de abandono, puede ser más peligrosos que el cuidado sistemático. Las personas que toman anticoagulantes para evitar embolias o trombos no deben suprimir la medicación para efectuar intervenciones dentales simples.

Los pacientes en alto peligro de CVA pueden recibir sedantes ligeros antes del tratamiento. La sedación intensa de pacientes con arteriosclerosis grave está indicada, pues la hipertensión puede ser causa de -

isquemia cerebral cuando hay ateromas voluminosos en vasos que van al cerebro.

En algunos pacientes la presión se eleva porque no siguen el régimen que se les ha prescrito, otros no pueden controlarse adecuadamente -- con las medicaciones actualmente disponibles. El peligro de CVA puede disminuirse comprobando a iniciar cada visita que el paciente ha logrado el mejor control posible.

También hay que tener presente que la osteoartritis del raquis cervical puede causar isquemia del cerebro al ejercer presión sobre las arterias cerebrales cuando el paciente gira la cabeza.

Muchos dentistas tienden a evitar el cuidado de la boca en una paciente que sufrió un ataque cerebrovascular, aunque la mayor parte de enfermos pueden tratarse con cambios mínimos de la rutina.

Se han descrito problemas prostodoncicos que previamente han sufrido CVA. Incluye vigilar la mordida cuando esta paraliza el nervio facial. Esto puede solucionarse utilizando una sobre mordida horizontal a nivel de la prótesis, para conservar el carillo alejado de las superficies oclusivas de los dientes. Los mismos autores también recomiendan colocar dentaduras removibles con ganchos lejos de la zona paralizada en hemipléjicos. Una higiene dental inadecuada es frecuente en pacientes después de crisis vasculares cerebrales, por la depresión mental que muchas veces se observa en pacientes con debilidad crónica, así como por la incapacidad física de cepillarse los dientes, a consecuencia de la parálisis. Por lo tanto hay que combinar ingeniosidad y compasión con los pacientes que han sufrido CVA, para motivarlos de manera que conserven una boca sana. En casos de invalidez grave es necesario la cooperación de la familia.

Los pacientes con invalidez que no pueden ser transferidos a una silla dental necesitan medios de tratamiento especializados.

Epilepsia.- Durante mucho tiempo se tuvo creencia de que la epilepsia era una entidad nosológica esencial, ideopática, de causa desconocida, misteriosa y demoniaca.

Fué un gran avance cuando se descubrió la importancia de la existencia de una predisposición que se hereda, como base génetica de la epilepsia esencial y otro cuando en años ulteriores se comprobó que junto a esta epilepsia ideopática, los traumatismos, las hemorragias, los tumores, las inflamaciones y otros procesos orgánicos del encéfalo podían desencadenar y por supuesto con mucho mayor facilidad en los hereditariamente -- predispuestos, el síndrome epiléptico.

La epilepsia está causada por descargas eléctricas anormales intermitentes en el cerebro. Estas descargas eléctricas anormales intermitentes en el cerebro. Estas descargas anormales pueden causar episodios de trastornos sensoriales y motores, así se dividen como siguen: el 75% son de tipo idiopático, sin lesión cerebral orgánica conocida, el 25% restante son secundarios a enfermedades que se sabe afectan al cerebro, como traumatismos, anorexia, meningitis, encefalitis o tumores.

La frecuencia de la epilepsia se calcula en 0.5 por ciento de la población. La edad de comienzo es máxima durante la infancia y en la pubertad. La epilepsia que se desarrolla en fase más tardía de la vida suele guardar relación con enfermedad cerebral orgánica conocida.

Manifestaciones Bucales.- Los pacientes que toman anticonvulsivos sufren muchas veces de hiperplasia gingival. Esta hiperplasia suele presentarse sobre todo con dilantina, pero se han señalado casos de cambios gingivales en paciente que toman Mysoline. La etiología de la hiperplasia gingival se ha estudiado mucho. Y se ha relacionado con las concentraciones de droga en los tejidos gingivales, y el efecto de las mismas sobre las células cebadas de las encías de pacientes con hiperplasia gingival por dilantina.

La mayor parte de los autores ahora están de acuerdo en que factores inflamatorios locales también desempeñan importante papel en la etiología de hiperplasia por dilantina.

Clinicamente la hiperplasia de dilantina comienza en las papilas interdetales, y sólo se presenta cuando hay dientes por lo tanto en lo que respecta a procesos desdentados no tenemos gracias a Dios este problema tan serio.

El mejor tratamiento para la hiperplasia de dilantina empieza con

la prevención, La higiene bucal cuidadosa puede, evitar, o cuando menos, reducir al mínimo la hiperplasia de las encías. Los pacientes que han desarrollado gran hiperplasia de las encías necesitan gingivectomía. El raspado y el cuidado de la higiene bucal deben seguir a la cirugía, pues de lo contrario se repetirá el tejido hiperplásico.

Es conocido que hay efectos secundarios, aparte de la hiperplasia gingival, que también se presenta en pacientes que toman dilantina, incluyen anemia megablástica, y linfodenoopetía. Así mismo cambios óseos y de tejido conectivo, incluyen de osteomalasia, engrosamiento del cojín del talón y la bóveda craneal y fases toscas. Harris y Golhaber comprobaron anomalías en las raíces dentales en 14 de 112 pacientes que estuvieron sometidos a tratamiento con dilantina. Estos dos autores consideran que la dilantina bloquea el efecto de la hormona paratiroidea sobre el hueso, provocando un tipo de pseudohipoparatiroidismo que origina cambios óseos y radiculares. El tratamiento dental sistemático para epilepticos bien controlados puede llevarse a cabo sin modificar el tratamiento normal. No hay motivo alguno para aumentar la dosis terapéutica anticonvulsiva antes del tratamiento dental,; tampoco está indicado el empleo de sedantes.

Esclerosis Múltiple.- La esclerosis múltiple (MS) es una enfermedad neurológica crónica causada por desmielinización de la vaina axónica de cerebro y médula. Cada vez que parece ser más seguro que la desmielinización está causada por un virus. Algunos investigadores han considerado que la infección viral se adquiere durante la infancia pero no resulta clínicamente manifestada hasta la vida adulta.

La edad promedio de comenzó es durante la cuarta década de vida, Es más frecuente en la mujer, Los signos y síntomas clínicos de la esclerosis múltiple depende de la localización de la lesión desmielinizante.

Las lesiones pueden presentarse casi por cualquier parte del sistema nervioso central, pero no tiene predilección por ciertas áreas. El signo no inicial más frecuente de la enfermedad es la pérdida de visión, tiene lugar un plazo de días o semanas. Otro signo es la diplopía por participación de los pares craneales terceros, cuarto o sexto.

La debilidad o la parestesia de las extremidades, con aumento de re flejos tendinosos profundos, es otro signo temprano de MS. AEntre otros signos de la enfermedad están disfunción vesical, auforia y ataxia.

La mayor parte de los casos de esclerosis múltiple, son crónicos ca racterizados por empeoramiento y remisiones durante años. En el curso de episodios agudos es evidente la participación neurológica grave. Esta desaparece lentamente, perodespués de cada episodio persiste ciertos tras-- tornos neurológico permanente. La extensión y la gravedad de la participa ción permanente varían mucho según los pacientes. En casos leves se obser va poco efecto permanente en los pacientes, que pueden tener una supervi vencia normal.

En casos agudos graves del paciente puede quedar totalmente parali zado en unos meses.

Millar estudió casos graves de MS, comprobando que la duración me --- dia de la enfermedad era de 20 años. Observó invalidez mínima durante los primeros siete años y confinamiento en una silla de ruedas y en una casa durante los últimos siete o seis años. La muerte depende casi siempre de infecciones de vías urinarias y pulmonares.

El diagnóstico de la esclerosis múltiple es clínico; se basa en la - edad del paciente, signos neurológicos que no pueden explicarse por una - lesión única, índole, progresiva de la enfermedad y una historia de exacer ba ciones y remisiones.

Manifestaciones Bucales.- El nervio trigémino está afectado en al --- gunos pacientes con esclérosis múltiple o úede haber parestesias y aneste sias de cualquiera de las tres ramas.

Es aproximadamente el 2% de los casos de pacientes con esclerosis - multiple desarrollan dolor que parecen neuralgia del trigémino. El dolor es intenso y lancinante, pero no hay una sola desencadenante. Con el tiem po el dolor disminuye de intensidad, pero es más continuo.

Hay que incluir a la esclerosis múltiple en el diagnóstico diferen - cial de dolores y embotamientos faciales o bucales, especialmente cuando estos síntomas se observan en adultos jóvenes, Se han efectuado extraccio ---

nes y cirugía terapéutica endodóntica innecesarias, pues la verdadera etiología de los síntomas no es dental sino neurológica.

Cuando un paciente se presenta con dolor o embotamiento orofacial - sin causa local manifiesta, hay que revisar cuidadosamente los sistemas, insistiendo en una historia reciente de visión borrosa, diplopía y debilidad o parestesia de las extremidades. También procede un examen cuidadoso del nervio trigémino, vigilando su respuesta a estímulos hay que valorar los demás nervios craneales. Si está historia detallada y el examen hacen sospechar lesión del sistema nervioso central hay que canalizar a este tipo de paciente con un neurólogo para una valoración final.

El dolor facial intenso a consecuencia de esclerosis múltiple ha sido tratado con buen resultado empleando tegretol. Los pacientes que toman este medicamento deben someterse cada mes a un análisis de sangre, porque en algunos casos produce supresión de la médula ósea. La dilantina también se ha empleado con buenos resultados. Cuando la medicación resulta inadecuada, es útil la sección quirúrgica del nervio, o la inyección de alcohol en el mismo.

Enfermedad de Parkinson.- La enfermedad de Parkinson (parálisis agitante) es una causa importante de invalidez crónica en pacientes de más de 50 años de edad. Los datos existentes hasta aquí indican que dependería de una falta de dopamina en los ganglios basales. La mayor parte de los casos son ideopáticos, pero algunos dependen de encefalitis, traumatismos, intoxicación por monóxido de carbono, arteriosclerosis, envenenamientos metálicos o tumores cerebrales. Hay una forma de parkinsonismo - -medimentoso, causado por reacción a los derivados de fenotiacínicos. Esta última forma de la enfermedad depende de la disminución de dopamina en el cerebro causada por la droga; desaparece al interrumpir el tratamiento.

Manifestaciones clínicas.- Hay tres características clínicas principales de la enfermedad de parkinson: rigidez, temblor y acinesia (lentitud en la iniciación de los movimientos). El comienzo de la enfermedad es insidioso, constituye un signo frecuente, la rigidez de los músculos de las extremidades, o el temblor de las manos. El temblor típico de la mano suele llamarse movimiento de fabricación de píldoras; depende del movimiento del pulgar y de los dedos frotando unos contra otros. La rigidez progresa lentamente, hasta que el paciente sufre una invalidez importante. El caminar resulta difícil y el paciente acaba teniendo una marcha peculiar. nrr

la posibilidad de conservarse erecto. La palabra se hace lenta por falta de control muscular (disartria), y cuando la enfermedad progresa hay disminución de todos los movimientos voluntarios y aumento del temblor muy manifiesto en reposo. En algunos pacientes el temblor puede quedar limitado a las manos, pero en otros están afectados brazos y tronco.

La acinesia es una característica importante de la enfermedad. Los pacientes perciben su incapacidad de coordinar dos movimientos. Por ejemplo un individuo normal será capaz de levantarse de una silla y empezar a andar a través de la habitación todo de una vez, un paciente con parkinsonismo completa un movimiento antes de iniciar otro. Los movimientos tienden también a ser saltones (movimientos en rueda dentada).

Aspectos bucales y dentales.- Muchos signos de la enfermedad de parkinson se observan en la cabeza y a nivel de la nuca. Es frecuente la rigidez de los músculos faciales. Esta pérdida de flexibilidad hace que el paciente no tenga expresión o que su cara parezca máscara. La rigidez muscular también causa dificultad para la deglutación, de manera que se escapa el líquido de la boca, suele presentarse un temblor de la lengua y maxilar inferior, dificultando los tratamientos adecuados para el dentista y también dificultando la palabra y el comer.

Con la ansiedad aumentan los temblores, es útil dar sedantes antes de proceder al tratamiento dental, para disminuirlos lo más posible. Como el temblor aumenta con el reposo, hay que pedir al paciente que se concentre colocando su lengua o su maxilar inferior en una posición determinada, que ayudará a disminuir los temblores alrededor de la boca, y permitirá trabajar mejor al dentista.

Desde que se ha utilizado ampliamente levodopa en la enfermedad de Parkinson, muchos de los signos bucales observados no guardan relación con la enfermedad, sino con el tratamiento. La terapéutica de levodopa puede ir acompañada de movimientos involuntarios anormales, de tipo coreico o atetoide. Estos movimientos pueden ser intensos alrededor de la boca. Los pacientes muestran movimientos inútiles de masticación, de succión y de desplazamiento de los maxilares.

El paciente quizá saque la lengua y mastique o chupe energicamente, cuando no tienen nada en la boca, algunos de los movimientos son suficientemente intensos para causar trastornos de los dientes y rotura de la prótesis.

PROBLEMAS PROSTODONTICOS DEL PARKINSONISMO.-

Soporte.- El soporte de las dentaduras completas no es normalmente un problema en los pacientes edéntulos con Parkinsonismo. La razón principal para esto es que el poder de los musculos de la masticación no es usado frecuentemente, con el resultado de que la carga sobre la mucosa de soporte y el hueso alveolar es mínima. Hay, sin embargo, un número común de hallazgos en estos pacientes que tienen relación con el soporte de la dentadura. La higiene oral es variablemente pobre porque además de la debilidad general existente hay deficiencia en el movimiento de los musculos faciales. Esto resulta en una blanda, hipoqueratinizada mucosa, la cual puede formar una estomatitis por la dentadura, si la misma tiene mucho de usarse. Esta situación puede ser impedida con una cuidadosa higiene oral.

Retención.- La retención de las dentaduras completas puede ser afectada por la salivación excesiva. En la parte superior de la dentadura, esto puede ser resuelto con un buen sellado periferico, pero como el labio superior está a menudo, sin o con poco movimiento en estos pacientes, esto no es siempre fácil hacerlo debido a la dificultad de mantener un sellado bucal. El exceso de saliva alrededor de la dentadura inferior hace la retención casi imposible y la dentadura tiende a subirse.

La salivación es muy notable cuando hay flexión del cuello y la cabeza está casi continuamente encorvada hacia adelante. Con la cabeza en esta posición existe sobre la mandibula está caída se pierde la oclusión con los dientes antagonistas, entonces la dentadura inferior se sale de su sitio y el regreso a su lugar es muy lento.

En adición a estos factores, la cantidad de saliva en la boca llega a ser pronunciada durante el habla, dando la sensación de estar masticando cuando la mandíbula vibra. Ambos disartria y salivación profusa, algunos pacientes se lo achacan a su nueva dentadura siendo que no es así.

Balance de los músculos.- El pobre movimiento de los músculos encabeza una deficiencia general de control muscular de las dentaduras. Un hallazgo común es una constante contracción de los músculos mentonianos que tienden a empujar la dentadura inferior hacia atrás y hacia arriba. Este movimiento no es resistido por la boca ni por la lengua, porque usualmente se dirige hacia atrás de la boca cuando se descansa y si resiste las contracciones de los músculos mentonianos puede vibrar la lengua en protusión y puede desviarse a un sólo lado. El control de la lengua es muy fácil si la periferia lingual es hecha más ancha de lo normal.

CAPITULO III. ALTERACIONES SISTEMICAS.

- A.- Diabetes.
- B.- Sífilis.
- C.- Trastornos Oseos.
- D.- Factores nutricionales.

Diabetes.- La diabetes puede describirse como una enfermedad crónica del metabolismo de los hidratos de carbono causada por deficiencia, absoluta o relativa, de insulina, y caracterizada por hiperglucemia. Se acompaña por enfermedad de los vasos sanguíneos en forma de microangiopatía, manifiesta por engrosamiento de la membrana basal en los vasos pequeños y arterosclerosis por engrosamiento de los valores séricos de colesterol y triglicéridos.

La diabetes puede clarificarse según sea su causa, como, primaria, - (en la inmensa mayoría de los casos) o secundaria. La etiología de la diabetes primaria es desconocida. Dada la frecuencia estacional de la enfermedad. Sea cual fuere la etiología se sabe de los factores que predisponen a la diabetes. El principal es, de orden genético. No sabemos con seguridad hasta que punto la diabetes es hereditaria, aunque el origen parece ser poligenico. Lo que si es seguro es que los hijos de diabéticos tienen mayores posibilidades de desarrollar la enfermedad que los hijos de los diabéticos tienen mayores posibilidades de los no diabéticos. La obesidad también parece predisponer a la diabetes.

Un pequeño número de diabetes secundaria son de etiología conocida, se trata de diabéticos en los que quienes la deficiencia de insulina es secundaria a otra enfermedad demostrable, como hemocromatosis, carcinoma de páncreas, acromegalia, enfermedad de Cushing, hipertiroidismo y pacientes a quienes se extirpó el páncreas.

La diabetes también puede clasificarse según sea su edad, en juvenil o de comienzo en la vida adulta. La diabetes juvenil afecta el 10% de todos los diabéticos; la diabetes de la madurez corresponde al resto o sea el 90%.

Como el páncreas de los diabéticos juveniles no produce insulina, -

el paciente debe tratarse con insulina exógena, pues los hiperglucemiantes por vía bucal, destinados a estimular el páncreas para que produzca insulina, no resultan eficaces.

En la diabetes de la madurez la enfermedad suele aparecer después de los 25 años de edad, o más, frecuentemente después de los 40. Antes de iniciarse los síntomas, el paciente suele ser obeso.

La glucemia de muchos de estos pacientes mejora con hipoglucemiantes por vía bucal, ya que existe cierta reserva de insulina pancreática.

Características bucales.- No hay lesiones bucales específicas de la misma. Sin embargo, muchos de los investigadores, tanto en animales de experimentación, como en estudios humanos cuidadosamente controlados, han señalado un aumento de frecuencia de gingivitis y enfermedad periodontal en diabéticos.

Uno de los problemas más complicados para el dentista y para el paciente es una manifestación bucal de neuropatía periférica, que se presenta como lengua con sensación urente. Aunque no todos los pacientes con lengua urente sufren diabetes. Es indudable que todos los pacientes que se presentan con este síntoma tienen diabetes si no se ha excluido otra causa de la enfermedad.

Tratamiento.- Para el tratamiento dental sistemático de elección hay que tener en cuenta la seguridad de que el paciente toma su dosis usual de insulina y consume una dieta prescrita. Si el paciente está sometido a una dieta que incluyó el número de calorías y la proporción de carbohidrato-grasa-proteína, hay que tener la seguridad de que la ingirió antes del tratamiento dental.

Con diabéticos muy inestables será mejor consultar con el médico de cabecera antes de emprender un tratamiento dental.

Es muy importante el conocimiento de la diabetes por el odontólogo, por la alta incidencia de la enfermedad y los problemas que traen aparejados, los tratamientos de procesos bucales.

Muchos pacientes ignorán su enfermedad, el odontólogo debe conocer

sus síntomas generales y los procesos bucales que frecuentemente se asocian a ella, para poder descubrirla y tratarla a tiempo.

Sífilis.- La sífilis, es una enfermedad venerea, depende de la infección con *treponema pallidum*. La sífilis puede ser congénita o mucho -- más frecuentemente adquirida. La sífilis congénita proviene de una madre infectada in utero. La sífilis adquirida resulta de contactos sexuales -- generalmente con un compañero o compañera afectados o infectados. La mínima viabilidad del microorganismo fuera del cuerpo hace muy poco probable la transmisión por fómites, las lesiones primarias y secundarias contienen -- gran número de espiroquetas que pueden transmitirse fácilmente, casi siempre de superficie mucosa a superficie mucosa. Pero las lesiones cutáneas también son capaces de transmitir la enfermedad de una superficie mucosa. Es indudable que las superficies mucosas infectadas pueden transmitir la enfermedad a piel escoriada; no sabemos con seguridad si el microorganismo pueda atravesar la piel intacta. La dosis infecciosa mínima probablemente sea menos de media docena de organismos.

La sífilis también puede ser transmitida al dentista, al médico o a las enfermeras durante la atención profesional a un enfermo. Vonderlehr mostró que las lesiones extragenitales eran más comunes entre los dentistas que en cualquier otro tipo de profesionales de la salud. El problema no proviene del paciente con sífilis conocida, sino del que está enfermo y no se ha detectado.

Sífilis adquirida.- Puede clasificarse según el tipo de lesión y el curso temporal de la enfermedad, en sífilis primaria, secundaria y terciaria.

La sífilis primaria es la manifestación inicial de la enfermedad, y su lesión es el chancro, una placa ulcerada., ligeramente elevada, casi siempre redonda, indura con bordes salientes. Empieza con una pápula antes de causar ulceración, y varía de tamaño de 5 mm. a varios centímetros de diámetro. Suele ser indolora, a menos que sufra infección sobreañadida. El chancro se presenta en la puerta de entrada del *treponema pallidum*, -- que suele estar en genitales, pero suele ser en cualquier sitio; el segundo en orden de frecuencia, es en la boca, aunque puede presentarse en -- cualquier momento de 10 a 90 días después de la exposición, el tiempo --

usual es de tres a cuatro semanas. Desaparece espontáneamente, sin tratamiento, al cabo de unos 10 días, desafortunadamente dando al interesado - la falsa sensación de seguridad. La lesión suele ser única, pero también puede ser posibles lesiones múltiples.

Después de penetrar en el cuerpo a nivel de foco primario los gérmenes proliferan y se difunden por vía muscular para causar lesión por -- otras partes. Estas lesiones son llamadas secundarias, suelen aparecer en plazo de tres a seis semanas, después de las lesiones primarias, su localización no guarda relación ninguna con el lugar de la lesión primaria. - Cuando aparecen en la piel aparecen como exantema macular fino o papuloso acompañado a veces de alopecia. Las manifestaciones de la sífilis secundaria son variadas, y pueden remediar diversas dermatosis. En las mucosas hay tres tipos posibles de lesión; la placa mucosa, la papula hendida, y - el condiloma lato; este último también existe en la piel en zonas húmedas como la ingle y axilas. A veces la enfermedad sólo se presenta como fiebre y linfadenopatía generalizada. La participación laríngea puede ser - causa de ronquera.

La sífilis terciaria suele ser asintomática, la lesión es el goma - que puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, incluyendo cavidad - bucal. La participación de los sistemas cardiovascular o nervioso produce las lesiones peores. La neurosífilis origina una amplia variedad de sínto mas según la localización y extensión de la lesión; se manifiesta como -- tabes dorsal, como parálisis general, o como ambas juntas.

Características bucales.- La cavidad bucal es el foco más frecuente de lesiones extrasifilíticas genitales; es muy importante que el dentista sepa identificarlos, pues es aspecto y la sintomatología de estas lesiones difiere mucho de lo que puede observarse en los genitales, siendo muy contagiosas las lesiones de la sífilis aguda (primaria y secundaria), -- constituyen un grave problema de salud pública y pueden producir infecciones en el propio dentista. Sin embargo, las lesiones de la sífilis crónica no representan un peligro infeccioso para el dentista.

La lesión primaria en boca, o la lesión bucal de la sífilis primaria, como en cualquier otra localización es un chancro. Los chancros aparecen en la boca, mucosa bucal, lengua, paladar blando, zona amigdalara, re

gión faríngea y encías.

En ocasiones, los chancros de la cavidad bucal no muestran las lesiones duras, indoloras, de color pardo, característica de los genitales, por la humedad de la región. Los chancros intrabucales suelen ser ligeramente dolorosos y están cubiertos de una película blanco grisácea. Las partes extrabucales de los chancros labiales pueden presentar el aspecto, más típico con costra parda.

El diagnóstico diferencial debe tomarse en cuenta un posible herpes labial. La costra superficial que sigue a una rotura de una vesícula grande, o de un grupo de vesículas pequeñas, puede simular un chancre. En general la costra que cubre una lesión herpética es amarilla y la que se encuentra en un chancre es más oscura y parduzca. La lesión herpética es más dolorosa, dura menos tiempo y muchas veces se acompaña de infección de vías respiratorias superiores.

Sífilis secundaria.- Las lesiones bucales de la sífilis secundaria, son placa mucosa, pápulas hendidas y raramente condilomas latos. La enfermedad puede transmitirse por gotitas de saliva contaminada.

Las placas mucosas sífilíticas representan el análogo, en la mucosa de la erupción papular o macular en la piel. Se observan en la lengua, mucosa bucal, amígdalas, región faríngea y labios. Su aparición en las encías es raro. Son las lesiones más infecciosas de la sífilis y se presentan ligeramente elevadas, de color blanco grisáceo, rodeada por una base eritomatosa.

Sífilis terciaria.- Las lesiones bucales de la sífilis crónica o terciaria se observan en general en el paladar y en la lengua. La destrucción de los huesos palatinos por gomas es una cosa común de perforación de paladar.

Las gomas pueden atacar también la glándulas salivales y los maxilares.

Es común encontrar gomas linguales en la sífilis tardía no tratada. Muchas veces existe una lesión aislada, de gran tamaño. En caso de existir varias gomas pequeños cicatrizados en la lengua, se encuentra un grupo de nodulos o cicatrices en las partes profundas del órgano, lo que da un aspecto a la lengua de rallado.

un aspecto a la lengua de rellenado.

Una lesión luética de este órgano, difusa puede significar atrofia completa de las papilas superficiales y una textura fibrosa dura lo que se conoce como lengua calva de la sífilis.

Las lesiones bucales de la sífilis primaria y secundaria son muy contagiosas y hay que tener cuidado con las lesiones que pudieran ser sífilíticas. Es necesario ponerse guantes de caucho al tratar a un paciente de este tipo, hasta haber excluido la sífilis como causa de las lesiones.

Tratamiento.- El tratamiento usual de la sífilis es mediante penicilina por vía intramuscular. El tipo de penicilina y la dosis dependerán de la etapa de la enfermedad y si hay o no participación neurológica comprobada. Otros antibióticos no son tan eficaces como la penicilina: pero, en pacientes alérgicos a ella han resultado eficaces a la eritromicina o la tetraciclina por vía bucal. En el tratamiento de la sífilis secundaria cuando hay gran número de espiroquetas en el cuerpo, se presenta una reacción febril general con escalofríos, la llamada reacción Herxheimer, en plazo de 12 a 24 horas después de la primera inyección y las lesiones parecen empeorar temporalmente antes de resolverse.

Sífilis congénita: Es preferible hablar de sífilis congénita o prenatal que de sífilis hereditaria, pues en realidad el feto adquiere la infección in utero durante su desarrollo. La frecuencia de la sífilis congénita es relativamente rara, por la mejor atención prenatal general. En las primeras 16 semanas de embarazo, el feto está protegido contra la infección pues las espiroquetas no pueden encontrarse en la circulación materna, no pueden atravesar la placenta; pero después el feto ya es susceptible a adquirir la enfermedad.

Es raro que resulten afectados los dientes temporarios, Es frecuente encontrar maloclusión en la sífilis congénita y la mordida abierta que pueden mostrar estos sujetos.

El tratamiento de la sífilis congénita también se lleva a cabo con penicilina inyectable.

Trastornos óseos.- Neoplasias. Existen varios tipos diferentes de -

neoplasias que pueden desarrollarse en los huesos. Estas son benignas o malignas, primarias o secundarias. Algunas permanecen localizadas en el hueso, por ejemplo, un osteoma de la mandíbula, mientras que otras son de carácter general y afectan varios huesos en todo el esqueleto.

En términos generales, las neoplasias óseas no son muy frecuentes, y de no ser por el mieloma múltiple (edad promedio 50 años o más), la mayor parte de estas presentan en jóvenes el sarcoma osteogénico, después del mieloma múltiple. es la lesión maligna más común en los huesos. Sin embargo, la incidencia mayor de esta neoplasia parece ser a los 20 años de edad siendo muy rara después de los 40 años de edad.

Por lo tanto, no es probable que resulte un problema para el diagnóstico en la construcción de prótesis completas, los sarcomas osteogénicos posteriormente en la vida suelen estar relacionadas con una enfermedad de Paget preexistente. Las lesiones metastásicas de tumores malignos que surgen en órganos suelen desarrollarse en los maxilares. El sitio que se presenta con mayor frecuencia estas metastásicas es la región molar de la mandíbula.

Mieloma Múltiple.- Esta afección, que algunas veces se denomina mieloma de células plasmáticas, es una enfermedad ósea caracterizada por:

- Proliferación de células plasmáticas que suelen afectar varios huesos.
- Producción de globulina anormales.
- Proteinuria anormal (proteína de Bence-Jones)
- Disminución ocasional extraósea de células plasmáticas.

En ocasiones la enfermedad se presenta como una lesión solitaria, o sea, una acumulación definida de células plasmáticas (plasmacitoma) que afecta los tejidos blandos o el hueso.

Los hombres afectados con mayor frecuencia que las mujeres. La etiología de esta afección no es bien entendida.

A parte de los casos que existen o en que existe una lesión solitaria, la enfermedad comienza con el desarrollo de focos múltiples en varios huesos. Habitualmente en las costillas, cráneo, columna y pelvis. Los tumores son masas rojas y blandas de células plasmáticas.

El dolor del primer síntoma. también se presentan fracturas patológicas de los huesos sometidos a carga, con algunos pacientes de produce anemia y la resorción diseminada conduce a hipercalcemia. En ocasiones -- los síntomas iniciales del mieloma múltiple pueden surgir de focos osteolíticos que se desarrollan en los maxilares. Estos síntomas obligan al -- paciente a consultar al dentista. Siempre se debe considerar a esta enfermedad como una posibilidad, sobre todo si el paciente presenta signos que sugieran afección ósea diseminada.

El paciente con mieloma múltiple y que padece un agrandamiento de su lengua nota inmediatamente su dificultad para hablar con claridad, muchas veces no puede utilizar sus dentaduras totales superiores e inferior ya que la lengua se ha agrandado tanto que no tiene espacio para las dentaduras.

En realidad la lengua es tan firme y causa presión contra los rebordes alveolares que algunas veces suele presentarse atrofia por presión de las mucosas sobre un reborde pudiendose ver el huesomismo.

Desafortunadamente, el mieloma múltiple suele ser mortal, no existiendo a la fecha ningún tratamiento definitivo.

Factores Nutricionales.- Nutrición y dieta son factores importantes en los pacientes edéntulos, pero particularmente con personas de edad.

Con el proceso de envejecimiento, la gente permanece menos activa. La actividad de los músculos es limitada, los requerimientos de calorías son bajos, el tiempo para más proteínas y menos carbohidratos y almidones ha llegado para ellos. Pero muchos de ellos vuelven a los hábitos --- de cuando eran niños, frecuentemente consumen exceso de carbohidratos. -- Ellos parecen añorar los dulces y almidones y se revelan contra la leche, queso y huevos. La terapia con vitaminas es esencial para ellos. La cooperación de la familia es frecuentemente la única solución para tratar a estos pacientes.

La disminución en la sensibilidad al probar la comida puede resultar como una pérdida de apetito y la pérdida de apetito puede resultar en

una mala nutrición que contribuye a empeorar su situación.

Los pacientes quienes están usando su placa adecuadamente de repente encontrarse con que la dentadura, no les es muy confortable porque los tejidos de soporte cambian con la pérdida de peso. Los pacientes que no se disciplinan ellos mismos en el control de la dieta, pueden no ser muy cooperativos en el cuidado e instrucciones que se les dan con respecto al uso de su dentadura.

Muchas causas comunes de la gente de edad; fátiga, pérdida de apetito, indigestión, somnolencia, a menudo pueden ser atendidas como pobres hábitos de comida y un estado pobre de nutrición.

Uno de los principales papeles que se desempeñan la nutrición es--- evitar o reducir la aparición de las afecciones degenerativas y patológicas relacionadas con la edad.

Algunos de estos problemas degenerativos relacionados con la nutrición se manifiesta dentro de la boca ocasionando pérdida del gusto, boca seca, ardor y dolor lingual, enfermedad de las membranas mucosas bucales, dolor en la articulación temporomandibular y osteoporosis alveolar.

Pérdida de gusto.- El gusto no sólo es una parte de todas las sensaciones del paladar. Además de las sensaciones propias del gusto de dulce, agrio, salado y amargo, un alimento paladeable y temperatura adecuada. El gusto, se percibe principalmente en la lengua, aunque también en menor grado en los paladares duro y blando y la faringe.

La lengua, en especial su porción anterior, es más sensible a lo dulce y salado que la de agrio y amargo, mientras que el paladar es más sensible a lo agrio y amargo y menos sensible a lo salado y dulce.

Membranas mucosas bucales.- Además de la superficie de la lengua, -- las membranas mucosas bucales, de los labios, tejidos bucal y palatino, -- y en el piso de la boca son afectados por la edad. La membrana epitelial es delgada, friable y se lesiona con facilidad, cicatrizando lentamente -- debido a la mala circulación.

El envejecimiento produce cambios en los vasos sanguíneos en especial cambios arteroscleróticos. Suelen observarse vórices bucales en la porción inferior de la lengua en el piso de la boca que están relacionada con la vórices encontradas en otros sitios. La acumulación de lípidos en las paredes de estas arterias sublinguales de tamaño intermedio son el resultado de los factores dietéticos de riesgo; alta ingestión de grasas saturadas, colesterol y sacarosa.

La mucosa palatina presenta hiperqueratosis y engrosamiento en el paciente de edad avanzada. El tejido glandular parece ser reemplazado por conectivo, aumentando la masa epitelial.

La queilosis, inflamación de los labios causada por deficiencia de vitaminas del complejo B se manifiesta por la aparición de fisuras verticales en los labios.

Estos problemas pueden manejarse en forma directa a través de la nutrición administrando dosis terapéuticas de vitamina del complejo B, así como una dieta variada equilibrada y adecuada.

En el proceso de envejecimiento disminuye la agudeza del gusto, especialmente por lo salado, porque existe una degeneración gradual nerviosa o hiperqueratización del epitelio, que alcanza a ocluir los conductos y poros de los órganos del gusto. La falta de vitamina A está relacionada con esta hiperqueratinización del epitelio, sino existen contraindicaciones generales, el aumento en el uso de los condimentos proporciona mayor sabor a la comida.

Dolor y ardor lingual.- Las afecciones relacionadas con la mayor frecuencia con el dolor y el ardor de la lengua son las anemias nutricionales asociadas con deficiencias de ácido fólico, vitamina B12 o hierro.

La deficiencia de vitamina B12 o anemia perniciosa, se observa con mayor frecuencia con personas de edad avanzada, especialmente mujeres, se caracteriza por una triada de síntomas debilidad generalizada, lengua adolorida y falta de sensación o cosquilleo en las extremidades. En algunos

casos los síntomas, linguales constituyen la primera señal de la anemia - perniciosa, la lengua se describe como roja y no de color rosa normal, ya sea en su totalidad o en zonas diseminadas sobre el dorso y bordes laterales. Suele presentar atrofia gradual de las papilas linguales, terminando con una lengua lisa.

En pacientes de edad avanzada que subsiste con una dieta de té y -- pan tostado, constituye una o un candidato para anemia por deficiencia de hierro, por el contrario un hombre de edad avanzada bien alimentado o una mujer postmenopausica no presentan este problema, a menos que padezcan he morragias.

.Las manifestaciones bucales de la anemia por deficiencias de hierro son glositis y fisuras en las comisuras de la boca.

Las papilas de la lengua están atrofiadas, dando así a la lengua un aspecto liso, rojo brillante. El tratamiento nutricional consiste en la - ingestión de alimentos ricos en hierro o enriquecidos como, hígados, hue- - vos y cereales, así como suplementos de hierro.

Dolor en la articulación temporomandibular.- Como resultado de la - masticación de alimentos duros durante varios años, o como resultado del bruxismo, se presenta la atrición, desgaste de las superficies oclusales e incisales de los dientes. Estos presentan coronas anatómicas más cortas dentina expuesta y superficies masticatorias amplias y planas. Este tipo de desgaste dentario produce un cierre excesivo de los maxilares afectando las relaciones entre el cóndilo mandibular y la fosa glenoidea. Con la edad, la fosa glenoidea se hace menos profunda y la cabeza del cóndilo - más plana. Por esto es posible que el menisco o el disco articular entre el cóndilo y la fosa sea perforada y dañada con ese cambio en las relacio nes temporomandibulares, causando dolor y limitación en la magnitud de los movimientos maxilares.

Otra causa común del cierre exagerado o pérdida de la dimensión vertical es la falta de dientes parcial o total. Esto produce el colapso de los labios a la falta de soporte adecuado y tono muscular. La piel alrededor de la boca se arruga lo que causa el efecto de jareta, tan común en los ancianos.

El reemplazo oportuno de los dientes faltantes en prótesis fija, -- parcial, o total, es indispensable para evitar la pérdida de la dimensión vertical y el dolor subsecuente en la articulación temporomandibular.

Osteoporosis alveolar.- La labilidad fisiológica del hueso alveolar es conservada por un sistema sensible de equilibrio entre la formación y reabsorción óseas, reguladas por influencia locales y generales. El hueso alveolar participa en la conservación del equilibrio del calcio corporal. El calcio es continuamente depositado o retirado del hueso alveolar para surtir las necesidades de otros tejidos y mantener el nivel del calcio en la sangre. El calcio en el hueso trabecular es más accesible que el encontrado en el hueso compacto. Por el contrario el calcio movilizado con facilidad es depositado más bien en la zona trabecular que en la vertical del hueso.

En la persona de edad avanzada tiende a presentarse un aumento relativo de esta enfermedad ósea y de reabsorción en comparación con la que se deposita. Con la pérdida de los dientes, el proceso alveolar ya no cumple con su tarea primordial que es la de dar sostén a los dientes y es -- reabsorbido. De esta forma se pierde gran cantidad de hueso que los rebordes alveolares mandibulares y maxilar en ocasiones se hacen planos. La -- pérdida en la altura vertical del hueso y el cambio del ángulo de la mandíbula a una forma obtusa es considerada como una pérdida en la altura -- de la cara en personas de edad avanzada.

Sugerencias dietéticas para el nuevo usuario de dentaduras totales. --
- Con el paciente que es usuario nuevo de dentaduras la capacidad para -- manejar la consistencia física de los alimentos es una consideración importante. El proceso de comer implica realidad tres pasos. cortar, o incidir, masticar o pulverizar y finalmente deglutir.

El cortar o incidir el alimento es en realidad una acción de sujetar y cortar que implica abrir grande la boca, lo que podría causar el desalojamiento de la dentadura por la acción de las inserciones musculares demasiado tensas. Cuando la fuerza de palanca de la acción cortante es ejercida en el segmento anterior, la única fuerza para evitar este desalojamiento de la prótesis se encuentra en la compresión que hace el sello palatino posterior sobre el paladar blando. Esto convierte el primer paso del acto de comer, la acción cortante, en la más difícil de las tres acciones masticatorias.

La masticación y la pulverización del bolo de alimento es menos difícil, la coordinación de los diversos músculos de la masticación que produce el movimiento de bisagra y deslizante de la mandíbula durante el acto de comer cierta práctica y experiencia.

En realidad el paso más fácil y menos complicado en el proceso de comer es la deglutición. Este acto, con la excepción de la propulsión inicial del bolo hacia la faringe es una acción involuntaria.

Por lo tanto, aunque la secuencia lógica de comer es mover para morder, masticar y deglutir, resulta más fácil para el nuevo paciente de prótesis total dominar este complejo de movimientos masticatorios en el orden inverso, a sea, primero deglutir, masticar y al final morder.

Por consecuencia, deberán prescribirse alimentos cuya consistencia sólo requiera deglutir, como líquidos, el primer día o dos después de la inserción de la dentadura, los siguientes días puede consumir alimentos blandos, y una dieta firme o regular al final de la semana.

CONCLUSIONES

Sabemos que cualquier tipo de restauración prótesis, en este caso, prótesis total es un factor primario que influye en gran cantidad en la personalidad de los pacientes. Al estudiar las causas y consecuencias se llega a la conclusión, que de acuerdo a la magnitud del problema, se debe tener cuidado y utilizar correctamente los conocimientos y técnicas adecuadas.

En ocasiones el odontólogo comprende que no puede hacer un diagnóstico acertado acerca de un tratamiento sistémico; cuando existen dudas al respecto, no debe vacilar en consultar a otros dentistas o médicos generales o en su caso a especialistas, ya que la interconsulta no significa, que se fracasé en el diagnóstico, sino demuestra en él interés por la salud de su paciente y no debemos de avergonzarnos de hacerlo.

Generalmente el diagnóstico y plan de tratamiento en pacientes con algún tipo de alteración sistémica y que va a recibir una prótesis total se hace muy a la ligera, y esto tiene solo una repercusión que es el fracaso, como consecuencia de un diagnóstico y plan de tratamiento equivocado. De ahí que estemos alerta para poder descubrir cualquier factor sistémico que pueda ocasionar algún trastorno posterior, a nuestro paciente.

Todo paciente que llega al consultorio, está esperando en que vuelva a funcionar su boca, estas esperanzas son normales y justificadas, y nosotros tenemos que responderles al paciente a como de lugar.

B I B L I O G R F I A .

- 1.- Saizar Pedro.
Prostodoncia total.
Editorial Mundi.
Buenos Aires, Libro de edición Argentina.
1972.

- 2.- Heartwell. Charles M. and Rahn, Arthur O.
Syllabus of complete Dentures.
22da. Edición, Philadelphia
Lea & Febiger, 1974.

- 3.- Swenson, Merrill Gustav.
Dentaduras Completas.
Editorial U.T.E.H.A.
México, segunda Edición.

- 4.- Lynch, Malcon A.
Medical Burcal de Burket.
7a. Edición, México.
Edición Interamericana, 1978

- 5.- Boucher O. Carl.
Prótesis para el Desdentado Total.
Editorial, Mundi.
Buenos Aires, Argentina.
Primera Edición, 1977.

- 6.- Krupp, Marcus A. and Chatton, Milton J.
Diagnóstico clínico y tratamiento.
15a. Edición, México.
Editorial el manual moderno, 1980.

- 7.- Osawa Deguchi José.
Prostodoncia Total
Talleres de la U.N.A.M.
México, D.F.
Primera Edición, 1973

- 8.- Eversole, Lewis R. Clinical Outline of Oral.
Pathology Diagnosis and Treatment.
Philadelphia.
1978.
- 9.- Robles Santana Felipe- Herrera Urbina Jaime
Manual de Prostodoncia Total.
Editorial, U.A.G.
Guadalajara, Jal. 1980.
- 10.- Watt, David M. and Mc. Gregor, A. R.
Designig Complete Dentadure.
Philadelphia.
W. B. Saunders. Co. 1979.
- 11.- Winkler Sheldon.
Prostodoncia Total.
Editorial Interamericana.
México, D. F.
1982.
- 12.- Sharry John, J.
Prostodoncia Dental completa.
1ra. Edición, Barcelona España.
Ediciones, Toray, S. A.
1977.
- 13.- Clínicas Odontológicas de Norteamérica.
Dentaduras Completas.
Editorial Interamericana.
México, D. F.
Primera Edición.
1977.
- 14.- Davidoff, Arthur, Winkler Sheldon and Lee.
Dentistry for Special Patient.
Philadelphia, Pa.
W. B. Saunders Co.
1972.

- 15.- Grinspan, David.
Enfermedades de la boca.
Editorial Mundi.
Buenos Aires, Argentina.
Tomo III.
1973.