

870177

94
2ej

Universidad Autonoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROBLEMAS E INADAPTABILIDAD EN PROSTODONCIA TOTAL.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

HUMBERTO JAVIER DE LA TORRE HERNANDEZ

Asesor: C. D. Rafael I. Bojorquez Ruiz

GUADALAJARA, JAL., 1986



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.

PROBLEMAS E INADAPTABILIDAD EN PROSTODONCIA TOTAL

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

CAP.I INSERCIÓN DE LA DENTADURA ARTIFICIAL

CAP.II REACCIONES INMEDIATAS POST - INSERCIÓN

CAP.III REACCIONES MEDIATAS POST - INSERCIÓN

CAP.IV FACTORES ESTRUCTURALES Y PATOLÓGICOS

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

Este trabajo trata de una manera mas o menos sencilla abordar un tema poco socorrido dentro de la Prosthodontia total y en general de la Odontología en sí.

Uno se encuentra durante de la practica profesional con una serie de problemas y dificultades, que hay que saber resolver, dandoles la solución adecuada y especifica, dejando al paciente en un estado de salud en el que pueden conjuntarse los factores para el uso satisfactorio de la dentadura Artificial.

Tomando en cuenta que la practica de la Prosthodontia Total no es solo la elaboración de la dentadura y su colocación en la boca del paciente, sino que ademas hay que tener en cuenta una serie de cuidados y acciones, con las cuales se pretende hacer que el uso de las protesis sea satisfactorio, y en caso de que surjan algunos problemas saber cual es su Etiología y poder darles solución, justificando así el trabajo y funcionamiento de las protesis dentales.

No debemos pasar por alto que en toda protesis dental completa que se coloca es hasta cierto punto normal que se presenten algunas molestias, lo importante es saber decifrar hasta que punto dichas molestias son naturales de un

período de adaptación, y hasta que otro punto pueden ser ocasionadas por algun agente traumatico, el cual solo con nuestra intervención y experiencia se podra corregir, de lo contrario estaremos incrementando la aparición de problemas mayores que pueden ser de una magnitud alarmante.

Esto es parte de un todo que tiende a crear en el paciente una adaptabilidad tanto funcional como Psiquica, para lo cual sera pertinente hablar acerca del uso y las limitaciones de su prótesis, cambios de animo, acostumbramiento, ya que no deja de rechazar el aparato como un cuerpo extraño.

Entre el paciente y el profesional, existe con frecuencia un compromiso de terminos no muy claros, segun el cual este pagará a aquel cierta suma de dinero en concepto de honorarios.

Esta falta de claridad no debe existir para bien de los pacientes y del Cirujano Dentista.

El aspecto economico es muy importante, dice Sears- (1935) El pero obstaculo para la adaptación de una prótesis es una cuenta impaga. Pero hay que tener en cuenta que con el cobro y la colocación de la prótesis, el Cirujano Dentista da por terminada su misión, por el contrario, sabiendo que no vende prótesis sino servicios profesionales, es su obligación hacer cuanto este a su alcance para asegurar el

éxito satisfactorio a su intervención y justificar sus honorarios.

Cada Prótesis debe examinarse cuidadosamente teniendo en cuenta que el paciente también la examinara de una manera muy escrupulosa; para este momento ya se aprobó la forma general y se procedera a examinarla por partes:

A).- Superficie de Ajuste

Hay que asegurarse de que no existan nodulos o proyecciones filosas de acrílico que puedan dañar la mucosa. Asegurarse que todo el yeso o cualquier material de laboratorio haya sido eliminado de las superficies de ajuste.

B).- Bordes Protéticos

Asegurarse de que no haya margenes agudos o angulares. Estos deben reproducir los bordes de las impresiones funcionales, con su grosor promedio de 2 mm.; deberán estar minuciosamente pulidos y presentar las escótaduras adecuadas para los frenillos.

C).- Superficie Pulida

Asegurarse que estén bien pulidas y brillantes y limpias de yeso en la zona de los cuillos dentarios.

C A P I T U L O I.-

INSERCIÓN DE LA DENTADURA ARTIFICIAL.-

La inserción de la dentadura artificial no debe considerarse como la culminación de nuestro trabajo, sino el comienzo de una etapa de aprendizaje y adaptación por parte del paciente a su prótesis dental, lo cual es una experiencia nueva en la vida del mismo. Por consiguiente la prótesis dental completa debe representar para el paciente una solución a sus problemas y necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales, de tal modo que el paciente acepte y aprenda a usar sus dentaduras de una manera cómoda.

Tal vez el primer factor a considerar es la comodidad que la prótesis pueda ofrecer al paciente, al ser la cavidad oral una parte tan sensible cualquier irregularidad o proyección de acrílico no contemplada puede ser causa de molestias para el paciente y romper su relación con el Odontólogo.

Así pues es un momento muy importante que puede definir el comportamiento del paciente a su prótesis.

Es necesario que el profesional en Odontología conozca y maneje los preceptos referentes a las cualidades funcionales de la prótesis que son tres.

SOPORTE, ESTABILIDAD Y RETENCIÓN

5

Soporte se define como la capacidad que se proporciona a la prótesis total para que resistan las fuerzas de intrusión sobre todas las masticatorias.

Pero el soporte es una propiedad de la dentadura artificial que depende de la forma protética que se relaciona con la mucosa y hueso, utilizándolos para resistir las fuerzas de intrusión.

Las prótesis de los edentados totales son siempre mucosoportadas y es el hueso de cada maxilar el que soporta las presiones, y el soportar estas presiones conduce fácilmente a un error de concepto. Error de concepto: es cuando se cree que el hueso y la mucosa constituyen por sí mismo el soporte.

Si los tejidos son deficientes en especial por su sensibilidad o irritabilidad difícilmente hay buen soporte, pero no lo hay de ningún modo ahí donde la prótesis no cubre o no asienta adecuadamente en ellos.

Es evidente que al quedar la mucosa confinada entre el hueso y la base los esfuerzos de intrusión empiezan a eliminar la saliva interpuesta, para luego rechazar la mucosa entre el hueso, que modelándose entre ambos opere al esfuerzo de los músculos una resistencia proporcional a su sensibilidad y tolerancia, cuando esto duele o

lastima el soporte desaparece y puede hacerse traumático⁶ en detrimento del maxilar cuando no duele.

El soporte necesario para la masticación se obtiene del ajuste y adaptación de la base contra los tejidos. El soporte además de ser una propiedad de la prótesis total que depende de la forma de la base protética es también la condición para la eficacia funcional.

La relación Base-Mucosa-Hueso que determinan el soporte es una propiedad o cualidad que se establece en el acto de la toma de impresiones.

Es un requisito indispensable el lograr la máxima cobertura posible de superficie por lo siguiente:

A) Cuanto mayor es la superficie de apoyo, es mayor la resistencia al esfuerzo de la masticación.

B) La extensión completa llegara a los tejidos periféricos y habra una mejor masticación.

La mucosa de revestimiento tapiza o cubre las superficies internas en las mejillas, labios, surcos y rebordes alveolares hasta la línea de demarcación de la encía residual. La Submucosa de esta delicada estructura está separada por el periostio y el hueso subyacente, por

los musculos de los labios, mejillas y lengua por tejido adiposo y otros. Reafirmando asi que no tendra un buen soporte la prótesis dental completa, cuando no cubra o asiente adecuadamente en los tejidos de apoyo.

El soporte de la oclusión no es una función normal fisiológica de la mucosa masticatoria, y cuando un tejido se utiliza para lo que no fue creado, es muy probable que se le use mal o se abuse de el.

La mucosa masticatoria se caracteriza por su capa epitelial mas gruesa, mas queratinizada y mayor capacidad de soportar una gran carga con un minimo de desplazamiento. Así pues podemos prevenir irritaciones al hueso al asegurar la salud de la mucosa.

Estabilidad, se define como la propiedad de la prótesis dental de conservar su posición de reposo o devolver a ella despues de realizados los movimientos mandibulares; es decir para resistir los desplazamientos en sentido lateral o anteroposterior.

Es importante establecer que la estabilidad tiene dos significados distintos que son complementarios

A) Estabilidad en el Tiempo

B) Estabilidad en el Espacio.

A) Estabilidad en el Tiempo: Es la propiedad de conservar su posición de reposo o de volver a ella luego de los movimientos mandibulares.

B) Estabilidad en el Espacio: Es la propiedad de conservar la Prótesis en buen uso por largo tiempo.

Es necesario distinguir entre soporte, estabilidad y retención, para comprender mejor su fenómeno Protético, para ello vamos a dar tres ejemplos:

A) Una prótesis que se desaloja de su sitio, puede resolver el problema masticatorio y salir del paso para las demás funciones con ayuda de un adhesivo, que corrija en forma temporal la falta de retención.

B) Un caso distinto se produce en el paciente que va muy bien "Fuera de la Comida", pero siente dolor y molestia al masticar; es evidente que esta prótesis tiene retención y que la falla está en el soporte.

C) En este otro caso, en que el paciente usa la prótesis Total en forma satisfactoria fuera de la comida, pero para comer debe recurrir al adhesivo porque se le afloja, y ya con el pegamento mastica bien; es evidente que en este caso hay retención y soporte, pero falta de estabilidad.

Los fracasos protéicos se originan con mayor frecuencia en la dentadura inferior.

Para lograr una dentadura inferior con máxima estabilidad, se deben observar ciertos aspectos técnicos dignos de mencionar.

A) Colocando las superficies masticatorias de los dientes artificiales sobre el reborde alveolar o bien hacia lingual, de tal modo que toda presión ejercida mantiene a la dentadura inferior en su sitio; toda presión ejercida por fuera del reborde alveolar tenderá a elevar la dentadura del lado contrario.

B) Máxima cobertura de la base, esto se logra obteniendo buenas impresiones, que cubran toda la superficie aprovechable del maxilar a impresionar, entre mas grande sea esta superficie mayor será la estabilidad proporcionada a la dentadura artificial completa.

C) Festoneado Anatómico; aquí se considera el aspecto de aprovechar la presión causada por los tejidos blandos que se apoyan en la dentadura provocando fuerzas que ayudan a estabilizar la prótesis, dependiendo de un festoneado correcto.

D) Oclusión Centrica balanceada bilateral, si-

existe algun contacto prematuro al ocluir ocasionando - por algun error de procesado o falla en la articulaci3n se pierde la estabilidad, siendo impresindible el ajuste oclusal.

E) Que la prótesis tenga retención, una dentadura sin retención no puede tener estaobilidad, aunque - puede existir retención sin estabilidad.

El ultimo aspecto a tomar en cuenta dentro de las cualidades funcionales, o triada protesica viene a ser el factor: RETENCION, que es la capacidad que tiene la dentadura artificial completa para conservarse en su lugar, es decir, para resistir las fuerzas que tratan - de desplazarla en sentido vertical.

La retención de la dentadura artificial completa se resuelve por dos principios:

- 1).- Retención Activa
- 2).- Retención Pasiva

1).- Retención Activa: Es aquella que utiliza fuerzas- capaces de mantener el aparato en su sitio por si mismas, por ejemplo: Polvos Adhesivos

Presión Atmosferica

Implantes

Adhesión

Fuerza de Gravedad

Camara de Succión

2).- Retención Pasiva: Que consiste en eliminar factores que pueden producir fuerzas de extrusión, por ejemplo:

Recorte Funcional

Oclusión Balanceada

Festoneado Correcto

Educación Funcional

La retención de la prótesis dental completa depende de:

a) Factores Biológicos

b) Factores Mecánicos

c) Leyes Físicas

Factores Biológicos:

Es el contacto íntimo del tejido con la base protética que se obtiene con una impresión exacta; un sellado posterior en la dentadura superior y un cierre periférico en la dentadura inferior, principalmente en la región anterior y zona postero-lingual.

Factores Mecánicos:

Distancia , mínima del plano oclusal al rebor
de alveolar; posición apropiada de los dientes en rela-
ción al proceso alveolar; eje longitudinal vestibulopa
latino de los dientes en forma correcta; contorno co -
rrecto de la base de la dentadura.

Leyes Físicas:

Aquí comprende tres aspectos fundamentales en
relación con la retención los cuales debemos explicar -
en forma mas amplia, y son: Adhesión, Presión Atmosféri-
ca y Peso Estructural.

ADHESION: Es la atracción molecular que lleva a cabo -
entre dos cuerpos diferentes cuando estan en contacto -
directo. Para comprender mejor esto se puede explicar-
mediante un experimento sencillo consistente en colocar
dos losetas de vidrio adhosadas una a la otra teniendo-
una resistencia mínima para separarlas, sin embargo si-
se coloca una gota de agua entre ellas la resistencia a
separarlas sera maxima, debido al fenomeno de cohesión-
que se presenta por el efecto de la gota de agua. Este
fenomeno se presenta en forma similar en la dentadura -
artificial, donde la saliva viene a ser el medio de co-
hesión entre la prótesis y la mucosa, en relación con -
la calidad de la saliva esta retención puede verse au -
mentada o disminuida dependiendo del caso.

PRESION ATMOSFERICA: Se le ha considerado como la principal fuerza que actua en retención, ya que la presión es mayor en la superficie externa que en la interna. Para comprobar lo anterior, basta con introducir a un paciente portador de prótesis dental completa, en una cámara de descompresión, y automáticamente la prótesis pierde su retención.

EL PESO ESTRUCTURAL: Es un factor que debemos tomar en cuenta para la retención de la prótesis, donde manifiesta que el peso de la dentadura artificial completa no debe exceder de un peso de 30-40 gramos, para evitar incomodidad y reabsorción del proceso alveolar inferior por la presión constante dada por el peso aumentado de la prótesis; además que en la dentadura superior la fuerza de gravedad actua en proporción con el peso mismo de la dentadura.

C A P I T U L O II.

REACCIONES INMEDIATAS POST- INSECCION.-

Es difícil prever una reacción inicial determinada, ya que no sabemos de que forma va a reaccionar el paciente; algunos dirán: " No puedo hablar, me siento muy raro, o bien tengo mucha saliva ". En general toman muy diferentes actitudes.

Es un buen criterio respetar su espontaneidad y ayudarlos con comentarios y explicaciones a normalizar su situación.

DOLOR:

Puede originarse por defectos de la articulación de dientes, impresión y modelo defectuoso o técnica de procesamiento incorrecta, aunque la prótesis parezca perfecta.

El examen minucioso de la prótesis por la superficie interna, la palpación del sitio doloroso y el empleo de pasta reveladora de presión son los recursos para localizar las causas de dolor que no sean de origen oclusal.

Estos últimos se localizan por observación y con ayuda del papel de articular.

Los defectos observables en la oclusión centrica exigen una decisión fundamental, si son suficientemente graves para requerir nuevos registros y replicación de la prótesis, o si pueden corregirse de inmediato por medio del desgaste selectivo.

CALCE DE LA PROTESIS:

En ocasiones la dentadura artificial presenta sus flancos muy cerrados sobre todo a nivel de tuberosidades del maxilar, giva canina, o flanco lingual posterior. Esto trae como consecuencia dificultad para insertar o retirar la prótesis de su sitio, siendo necesario el recorte o desgaste hasta que el paciente pueda colocarla y quitarla sin dolor.

BORDES GRUESOS:

Generalmente este tipo de problema puede esperarse hasta identificarlo como tal en una cita posterior, - con excepción del borde anterior superior, que puede levantar demasiado el labio alterando su estética. En estos casos conviene rebajarlo de inmediato.

BORDES LARGOS:

Es fácil que el paciente se queje de sentir los

bordes largos sin que en realidad sea así, si la técnica fue seguida correctamente, es prudente postergar su alivio o recorte en citas posteriores.

DIFICULTAD FONÉTICA:

Este problema se puede catalogar como incomodidades inherentes al primer momento, debe explicarse al paciente su pronta solución en base a la acomodación y habituamiento lingual.

Cuando la pronunciación incorrecta no es producto por la falta de acostumbramiento, puede deberse a lo siguiente:

- A) Dentadura superior muy gruesa en la zona palatina.
- B) Dientes anteriores colocados hacia palatino
- C) Dimensión vertical corta o sobre cierre.
- D) Deficiencia en el festoneado.

Para tratar estos problemas se recurrirá a a festonear correctamente el paladar o en su defecto cambiarlo, mover los dientes anteriores superiores a su posición correcta, aumentar la posición vertical repletando -

la dentadura inferior, rebajar las bases de las dentaduras para darle mayor amplitud a los movimientos de la lengua.

NAUSEA:

Como toda la fase previa del tratamiento, permito un diagnóstico de esta sensibilidad, las náuseas no deben constituir una contingencia inesperada.

No es recomendable el uso de anestésicos para evitar este problema, por el contrario, es recomendable acostumar al paciente mediante un trabajo firme y cuidadoso a sentir el contacto de nuestros dedos, materiales o instrumentos dentro de su boca para que al momento de la inserción las náuseas ya previstas sean un problema menor.

Algunos defectos de las prótesis, provocan o exageran las náuseas, como la extensión de la prótesis sobre el paladar blando, grosor excesivo del borde palatino, falta de ajuste en el Post-Dam, movilidad de la prótesis superior, dentadura demasiado gruesa.

Después de corregir cualquier defecto de esta naturaleza, vendrá un período en el que se tratará de reafirmar la confianza del paciente.

Si acaso las nauseas persisten puede deberse a un rechazo psicológico hacia un cuerpo extraño, una vez ajustada la prótesis correctamente en sus zonas posteriores se le aconsejara al paciente el uso de algun distractor como pastillas de menta, jugo de limon, enjuagues con agua helada o un cucoito de hielo dentro de la boca.

PASTA DEVELADORA DE PRESION:

Se han utilizado variedad de pastas para detectar las zonas de excesivo desplazamiento de tejidos, ya sea bajo la base protetica o alrededor del borde. El principio en que se basan es que cuando los tejidos traumatizados se inflaman este es el tejido que mas rapido desplaza la pasta descubridora.

Es una propiedad deseable en estos materiales que sean facilmente desplazables por los tejidos blandos donde se presenta la interferencia, pero no deben escurrir al ser retirados de la boca.

En este sentido pueden utilizarse las pastas indicadas expreso o bien pueden utilizar una mezcla de partes iguales de oxido de zinc o almidon en polvo o talco, con vaselina solida.

La tecnica para utilizar estas pastas es la siguiente:

- 1.- Se examina la prótesis y se vera la localización de -
la zona inflamada.
- 2.- Se aplica una capa delgada de P.D.P., sobre la super-
ficie interna de la prótesis cuidando que quede de un
grosor uniforme.
- 3.- Se inserta la dentadura en la boca, aseurandose que-
no se produzca un frotamiento de la pasta con los la-
bios o carrillos, se asienta con firmeza y la sostene
mos con una presión uniforme de nuestros dedos por -
espacio de un minuto.
- 4.- Retire la dentadura de la boca del paciente y se ob -
servan las partes o zonas desplazadas de la pasta don
de se transparenta o descubre el acrílico. Rebajando
con una piedra montada y con todo cuidado para no so-
bre pasarse.
- 5 - Se repetira el procedimiento hasta que la base no se-
vea a traves de la pasta.
- 6.- Si la inflamación es considerable, no es aconsejable-
un excesivo alivio de la prótesis sobre estas areas,-
Porque una vez reducido el trauma y el edema desapa -
rezca pueden quedar zonas de poco contacto, lo cual -
no es aconsejable.

MORDEDURAS:

Son frecuentes en los primeros momentos, ocasio

nañas por el rechazo de la prótesis sobre los carrillos o la lengua, conviene observar el sobre-cierre horizontal a nivel de molares y ampliarlo si fuese necesario.

A veces se debe eliminar algún borde agudo de los dientes redondeando y puliendo cuidadosamente las superficies talladas evitando así posibles rozaduras.

RECTIFICACION DE LA OCLUSION:

En ocasiones es necesario la corrección de pequeños defectos, generalmente una o varias cúspides que entran en contacto prematuro.

La localización de estos puntos mediante papel de articular requiere la fijación de la prótesis, usando polvo adhesivo en caso que la retención no sea muy buena.

Se coloca el papel de articular entre los arcos dentarios y se indica cerrar la boca en forma suave para que se marquen exclusivamente las cúspides prominentes. Procediendo a desmarcar los puntos marcados con piedras finas siguiendo los lineamientos establecidos para el desgaste selectivo en las diferentes posiciones mandibulares.

C A P I T U L O III.

REACCIONES MEDIATAS POST-INSERCION.-

En este capítulo tratamos de manera significativa aquellas reacciones provocadas por la prótesis dental completa pero manifiestas a largo plazo, que muchas veces no la relacionamos con la dentadura artificial.

Para facilitar este tema lo clasificamos en la siguiente forma:

1.- Procesos paraproteicos I inflamatorios

A).- Agudos

B).- Crónicos

a) Leucoqueratosis

b) Estomatitis Proteica

c) Hiperplasia Papilar

d) Queilitis comisural

2.- Procesos Paraproteticos Progresivos (Tumores)

3.- Procesos Paraproteticos Regresivos

A) Atrofia del Maxilar

- B) Atrofia Osea con Iperplasia mucosa
- C) Hiperplasia Marginal
- D) Alteraciones posicionales

1.- PROCESOS PARAPROTETICOS INFLAMATORIOS

- A) Agudos: Estos son característicos del periodo de instalación de la prótesis, pueden aparecer puntos congestivos dolorosos y ulceraciones despues de largos periodos de uso de la dentadura, ya sea a consecuencia del proceso atrofico que obliga a la distención de los tejidos que rodean el borde periferico mas alla de su tolerancia, o a consecuencia de un cambio en el funcionamiento de los aparatos. Algunas veces la ulceración se debe a alguna partícula dura entre la oase y la mucosa. En ocasiones se pueden atribuir a tensiones musculares, origen de contracturas o de bruxismo

El diagnostico diferencial es importante para elegir el tratamiento adecuado entre rebajar la prótesis, esperar o la cauterización de la zona ulcerada.

La inflamación aguda puede encontrarse además injertada sobre procesos crónicos, como atrofia, hiperplasias marginales o por camaras de succión. El tratamiento en estos casos consiste en aliviar de inmediato el sufrimiento

miento agudo y tratar luego el proceso crónico.

B) Crónicos:

a) Leucoqueratosis: también llamados puntos blancos, por su aspecto; las leucoqueratosis son engrosamientos del epitelio de aspecto similar a la leucoplasia pero muy pequeños, aparecen en algunos sitios de la mucosa recubierta por la dentadura, generalmente a lo largo de los bordes protéticos después de un tiempo de uso; muy sensibles algunas veces, totalmente indoloros otras, también interpretarse como verdaderos Callos en respuesta a la acción mecánica de los aparatos.

Tiene tendencia a remitir espontáneamente, y no se le ha señalado con fundamentos tendencia alguna o degeneración maligna.

b) Estomatitis Protética: Se denomina Estomatitis protética a la inflamación congestiva que suele aparecer en la mucosa, generalmente la palatina, en contacto desde largo tiempo con las bases protéticas.

Suele empezar como una congestión en algunos puntos de la mucosa, estos puntos van extendiéndose llegando a confluír, y la congestión puede alcanzar a toda la mucosa recubierta por la prótesis, el tono rojizo puede tornarse color vino y a veces se distingue un punteado

mas obscuro por descamación de la mucosa y transparencia de las papilas congestionadas. En unos casos la mucosa aparece aplastada, en otros parece engrosarse y toma una apariencia esponjosa y elastica.

Tambien en ocasiones el aspecto es nodular o granuloso casi siempre en el centro del paladar, lo que se debería a una hiperplasia de las papilas.

Bajo cualquiera de las formas de estomatitis protética, el paciente no suele sentir mayor molestia y frecuentemente no tiene conocimiento de su estado, pocas veces acusa dolor, ardor o sensación de quemadura. Su presentación es casi exclusiva en el maxilar superior.

La etiología de la estomatitis protética ha dado lugar a multiples discusiones sin que se haya logrado dejar en claro. Existen tres teorías que tratan de explicar su etiología:

Químicas, Mecánicas e Infecciosas.

Las teorías químicas dicen que la afección se origina en el prolongado contacto con agentes toxicos componentes de las bases acrílicas, como en el caso del cinabrio o bermellon (óxido rojo de mercurio) que se ha utilizado en el acrílico como agente colorante; el bermellon sería capaz de descomponerse en la boca dejando mercurio

en libertad, sin embargo a pesar de estas pruebas se ha encontrado la estomatitis protética en mucosas cubiertas con prótesis no coloreadas y hasta con bases metálicas.

Otra teoría química puede explicar ciertos casos, el monómero o metacrilato de metilo es una sustancia tóxica y en prótesis mal curadas o polimerizadas pueden provocar la estomatitis por liberación de monómero.

La teoría mecánica se funda en la acción traumática de las bases sobre la mucosa, lo más sencillo es atribuirle a la irritación causada por el frotamiento de la base.

Otro autor supone que la estomatitis protética pudiera deberse por lo menos en muchos casos, a la obstrucción de la desembocadura de las glándulas palatales. Esto no ha sido satisfactoriamente aceptado ya que la estomatitis se presenta también en zonas carentes de glándulas.

Las teorías infecciosas atribuyen la estomatitis protética al mal estado higiénico de las dentaduras, lo que favorece la multiplicación e invasión microbiana, por otro lado puede debilitar las defensas orgánicas, favoreciendo la presencia de monilias y candida albicans en cantidades mayores.

Actualmente, investigaciones hechas por la escuela Odontologica Americana demostraron que la invasión microbiana no solo provoca la estomatitis si no que ademas destruye el proceso alveolar residual.

De todas maneras el papel de la prótesis como factor etiologico es fundamental, fuere cual fuere el mecanismo de acción.

El tratamiento de la estomatitis protetica consiste en el uso de acondicionadores de tejidos o la repetición de la prótesis ademas de las indicaciones pertinentes al paciente.

c) Jiperplasia Papilar: se caracteriza por la hiperplasia de la mucosa palatina en forma de globulos semiesfericos, acumulados en el centro del paladar. Esta afección aparece casi siempre en antiguos portadores de prótesis sin que estos tengan conciencia de la misma, pues no les ocasiona molestias.

Se inicia generalmente en el centro del paladar para de ahí extenderse lentamente, caracterizandose como una sucesión de nódulos de 2 a 3 mm. de diametro. Por presentarse casi exclusivamente en portadores de prótesis, debe considerarse como una forma de estomatitis protetica.

El tratamiento puede hacerse con electro bisturí, exactamente hasta sobrepasar los surcos que las separan, pues las lesiones son siempre supra-periosticas, seguidas de un rebase de la prótesis en uso hasta que cicatrize y se le reemplaze por una dentadura nueva.

Las prótesis deberán revisarse periódicamente, pues hay tendencia a la recidiva sin que el paciente lo note.

d) Queilitis Comisural: también llamada Queilitis angular, es una inflamación que se localiza en las comisuras labiales en forma de boqueras crónicas, se presenta generalmente en desdentados o en portadores de prótesis con dimensión vertical disminuida, aunque también puede presentarse en dentados,

Esto se debe a que con la reducción de la altura y el ajuste de los labios entre sí, parte de la piel próxima a las comisuras forman un pliegue que se mantiene húmedo por la saliva, con el tiempo se macera y se infecta. Los pacientes mejoran cuando se le coloca la prótesis que reestablezca la dimensión vertical disminuida, se le puede indicar un tratamiento a base de riboflavina ya que la avitaminosis se ha considerado como otro posible factor de la afección.

2.- PROCESOS PARAPROTETICOS PROGRESIVOS.

(Tumores)

Teoricamente toda clase de neoplasias pueden evolucionar en la vecindad de las prótesis e influir sobre ellas. Practicamente esto es poco frecuente, de tal manera que no constituye un problema de la practica diaria del protesista, tal posibilidad no debe descuidarse, puesto que es responsabilidad del Odontologo la temprana detección del cancer bucal, y esta responsabilidad se multiplica aquellas veces, por fortuna pocas, en que el tumor se inicia en la vecindad de los aparatos.

Bascom (1958) señalo que el traumatismo protético no es factor significativo en la etiologia del cancer bucal, pese a la fuerza cancerígena reconocida a los factores irritativos.

Se ha observado que aunque las proporciones de cáncer no estan aumentadas en los portadores de prótesis, (Solo el 2%) si se ha visto a este evolucionar en los tejidos vecinos de estos aparatos.

3.- PROCESOS PARAPROTETICOS REGRESIVOS.

Un proceso regresivo caracteriza la atrofia de los maxilares, la que se presenta en diversas formas cli-

nicas y bajo la influencia de varios factores etiologicos.

La atrofia es un proceso cuyo mecanismo profundo aun no se conoce suficientemente, su forma mas estudiada - la atrofia cicatrizal, intimamente relacionada con la perdida de los dientes, actua principalmente sobre las apofisis alveolares y en principio su objeto parece ser la reduccion y el remodelado de la misma.

En su grado avanzado el proceso atrofico no se limita a las apofisis alveolares, toma tambien un aspecto drastico y puede llegar al conducto dentario en el maxilar inferior, o al aplastamiento casi total del maxilar superior, reduciendo a debiles caminillas oseas el esqueleto que separa la cavidad bucal de las fosas nasales y senos maxilares.

Otro aspecto del problema es la mayor frecuencia de las grandes atroflas en el maxilar inferior, no siendo raro encontrar bocas que conservan un reborde residual prominente en el superior, mientras el inferior ha desaparecido totalmente o casi todo, en cambio no se observa el caso inverso.

A) Atrofia del Maxilar.

Esta suele ser lenta, consiste en la atrofia si-

multanea del maxilar y tejidos blandos, conservando sus relaciones normales.

Se puede decir que la atrofia cicatrizal en lugar de detenerse continua indefinidamente, las bases pierden su ajuste hasta hacerse intolerables y la estetica se perturba. El rasgo mas caracteriztico es el acortamiento de los dientes superiores, consecuencia de la ascención de las prótesis, condición que puede observarse en la mayoría de las prótesis de muchos años.

B) Atrofia Osea con Hiperplasia Mucosa.

Es una atrofia osea parcial donde la influencia del traumatismo protetico es incuestionable, se atrofia el hueso pero no la mucosa, suele producirse en casos de atrofia rapida, cicatrizal o no. El maxilar afectado mas frecuentemente es el superior que presenta zonas mas o menos extensas, que pueden ser congestivas de tipo inflamatorio, afectadas de stamtitis protética o no, a veces son verdaderos bultos o namelones fibrosos, en ocasiones de tipo fungoso, a veces todo un reborde residual depresible y movable por falta de armazon oseo.

C) Hiperplasia Marginal.

Tambien llamada, fibroma del surco vestibular, doble labio o granulomofibroso.

En la atrofia cicatrizal predomina la reducción de la tabla osea externa, de tal manera que la prótesis - tiende a desajustarse principalmente en el ala o flanco - vestibular, dando lugar a la hiperplasia en estas areas.

La facilidad con que remite al eliminar la prótesis prueba su origen traumatico, siendo en ocasiones necesaria la resección quirurgica.

D) Alteraciones Posicionales.

Como consecuencia de la atrofia de los maxila - res la placa superior se va asentando cada vez mas arriba, mientras que la inferior balla cada vez mas alta su intercuspidación, la altura facial morfologica se hace mas corta y el aspecto facial envejece.

C A P I T U L O IV.-

FACTORES ESTRUCTURALES Y PATOLOGICOS.-

Todos los siguientes factores atentan contra el éxito y buen funcionamiento de una prótesis, por lo tanto son favorables a causar estados patológicos por la misma - disfunción que presentan para con la prótesis.

1.-, Gran reabsorción del hueso alveolar:

Esto da como resultado una disminución de la resistencia a los movimientos anteposteriores y laterales - de la prótesis.

También reduce el área ósea que proporcionar un soporte eficaz para la prótesis.

En casos extremos el nervio dentario inferior pue de quedar en una posición tal, que la prótesis ejerza presión sobre él.

2.- Prominencias Oseas Aguadas:

Pueden ser causadas por la reabsorción irregular o por la actuación de estructuras normales, como la línea-

milohioidea, ocasionando dolor, ya que la membrana mucosa queda comprimida entre el hueso agudo y la base protética dura.

Todo intento de extender la base superior sobre un socabado en la tuberosidad, también producirá dolor, - o impedirá la extensión correcta de la prótesis en el surco vestibular. A menos que estas formas oseas desfavorables sean modificadas quirúrgicamente, se verá comprometido al éxito del tratamiento.

3.- Anormalidades en el Desarrollo del Paladar:

Además de los paladares fisurados, que obiamente plantean problemas, pueden presentarse otras anomalías en el desarrollo del paladar que se suman a las dificultades para lograr una prótesis superior completa satisfactoria.

En los casos de torus palatino, los dos procesos palatinos se unen en la línea media con la prominencia osea en la cavidad bucal, en forma de surcos bilaterales, Estos son socabados y se encuentran siempre cubiertos por una prótesis, deben ser aliviados para evitar la flexión de la base sobre el torus. La masa del material protético ocasiona una marcada restricción del espacio para la lengua.

Algunas veces la unión de los procesos palatinos dejan una fisura profunda en la línea media, siendo difícil establecer un sellado entre la mucosa palatina y la prótesis.

Tanto en el caso de los torus palatinos como en el de los amndibulares el tratamiento deberá ser quirúrgico, pues en su presencia la prótesis tiene serias trabas para su estabilidad, retención y de esta manera el paciente se vera afectado tambien. Una vez que se hayan removido dichos torus, entonces se podra confeccionar una prótesis satisfactoria.

4.- Disparidad de forma y tamaño de las arcadas entre los maxilares.

Quando los maxilares difieren ampliamente de tamaño, existe alguna dificultad en ubicar los dientes en la prótesis de modo que puedan ocluir normalmente y al mismo tiempo que su posición sea compatible con el cumplimiento de otros requisitos de las prótesis completas.

Los casos de prognatismo maxilar y mandibulas - (clases I y II de Angle), presentan este tipo de problemas

5.- Reborde Fibroso:

Cuando una prótesis superior completa ha sido usada un tiempo, teniendo como antagonistas los dientes inferiores solamente, es común encontrar el hueso alveolar reemplazado por tejido fibroso, que determinan un tejido desplazable. Esta falta de soporte para la parte frontal de la prótesis superior plantea problemas muy especiales.

Al colocar una prótesis en la zona donde se encuentra este tejido fibroso, la presión ejercida, desplazará al tejido y esto restará fijación y estabilidad a dicha prótesis.

5.- Variación de la membrana mucosa de soporte:

La naturaleza de los tejidos blandos que cubren el hueso alveolar y palatino y que constituyen el revestimiento mucoso de la boca, varían según la edad y salud del individuo. Los adultos jóvenes y sanos poseen una capa epitelial gruesa y una capa de tejido conectivo subyacente, rica en tejidos glandular y adiposo.

En la vejez se produce una atrofia gradual de los tejidos blancos, que también se aprecia en las enfermedades debilitantes y en los individuos cuya nutrición es deficiente. Además, existe un gradual deterioro de la

elasticidad del estroma del tejido fibroso. Estos cambios dificultan el logro de un sellado periférico necesario para la retención de las prótesis completas, así mismo, la mucosa atrofiada se traumatiza rápidamente.

7.- Inserción alta de los Frenillos:

Cruzando el surco vestibular desde los labios y el carrillo hasta el hueso alveolar, hay una serie de bandaletas fibrosas incluidas en una cobertura epitelial

Estas se mueven bajo la influencia de los músculos faciales.

Cuando los frenillos están insertados cerca de la cresta alveolar es muy difícil mantener el sellado periférico y la movilidad de los carrillos y labios tiende a causar el desplazamiento de las prótesis.

El tratamiento en estos casos será la eliminación de dichos frenillos, por medio de la frenectomía, con la cual obtendremos una zona más adecuada para la correctaprotética en base de los movimientos funcionales de la musculaturas facial.

8.- Distrofias Musculares.

Hay diversos desordenes neuromusculares que -
afectan negativamente al pronóstico de la prótesis com -
pleta.

La hipertonicidad muscular presenta en la pará -
lisis aspática, la flacidez que ocurre en la poliomelitis
y en la parálisis cerebral y la debilidad que se presenta
en la miastencia grave y en la esclerosis diseminada, to -
das ellas aumentan la dificultad para lograr un sellado -
periferico y traen como consecuencia una disminución del -
control muscular por parte de la prótesis. Los pacientes
con enfermedades de Parkinson sufren las mismas consecun -
cias, y el temblor incontrolable es muchas veces respon -
sable de la proyección de las prótesis fuera de la boca.

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

Para resumir en este capítulo lo que he tratado de realizar en este trabajo, creo que es necesario mencionar que al realizarlo nos encontramos con algunas dificultades pues como menciono al principio, este es un aspecto poco socorrido en los tratados que hablan de la materia.

Creo que a pesar de eso, la importancia que tiene este renglón dentro de la prótesis total y no solo eso sino dentro de todo lo que angloba el trabajo profesional de la Odontología, es mucha, pues he logrado darme cuenta que hay una multitud de detalles que colaboran en la problemática que he expuesto.

Si cada prótesis que se realiza fuera en verdad realizada a conciencia y tomando en cuenta todos los factores que pueden implicar su fracaso, podríamos decir que en realidad se está haciendo una Odontología restauradora, no destructora y de ese modo sí se justificaría el nombre de prótesis, ya que el fin de ésta es devolver al paciente no sólo su estética y que se le vea una boca llena de dientes, por el contrario, se busca devolver su función y hacer que todos los factores se junten para que dicha función sea lo mas cercana a lo normal.

Ahora bien, hemos aprendido durante la realiza-

ción de este trabajo, como resolver los problemas que se presenten, tanto por el paciente como por la prótesis misma y eso es algo que por medio de este trabajo pretendo llegar a mis compañeros de profesión, ya que si esta contribución puede crear conciencia en este renglón, estará en sí justificada mi actitud, que pretende crear un espíritu más conciente de mí mismo y en mis colegas.

Ahora bien, hemos visto a lo largo de este trabajo cómo todo se resume en varios puntos que son simples de seguir:

Esmero, Cuidado y Dedicación.

Podemos concluir también que en la colocación de toda prótesis hay períodos de adaptación en los cuales es normal que surjan ciertas molestias, las cuales como lo mencionamos con oportunidad, no son propiamente patológicas pero que hay que prevenir y aliviar. Y no pretender que las molestias que sí son provocadas por verdaderas patologías tengan alivio espontáneo, o tratarlas como si formarían parte del período de adaptación.

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

- PROTESIS COMPLETA (Manual Clínico y de Laboratorio)
D.J. Neil
R.I. Nairn Editorial Mundi 1971

- SYLLABUS OF COMPLET DENTURES.
Charles M. Heartwell Jr.
Arthur O. Raha Segunda Edición 1974

- MANUAL DE PROSTODONCIA TOTAL
Dr. Felipe de J. Robles S.
Dr. Jaime Herrera U, Editorial U.A.G.

- PROSTODONCIA TOTAL.
Pedro Saizar Editorial Mundi 1972

- APUNTES DEL CURSO DE PROTESIS TOTAL II TOMO
Dr. Manuel M. Tejeda Mora
Facultad de Odontología Univ. de Panamá 1972

- PROTESIS DENTAL Dentaduras Completas
Raymond J. Nagle.
Victor H. Sears. Editorial Toray 1955

- DENTADURAS COMPLETAS

M.G. Swenson.

Segunda Edición 1955.