

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**CARACTERISTICAS CLINICAS DEL PACIENTE
DESDENTADO TOTAL**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ENRIQUE ARTURO JIMENEZ ALVAREZ

ASESOR: DR. RAFAEL ILDEFONSO BOJORQUEZ RUIZ

GUADALAJARA, JAL., 1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

" CARACTERISTICAS CLINICAS DEL PACIENTE

DESDENTADO TOTAL ".

I N D I C E

Introducción.

CAPITULO I Alteraciones y actitud psicológica.

CAPITULO II Alteraciones funcionales.

a).- Masticación.

b).- Fonación.

c).- Expresión facial.

CAPITULO III Manejo del paciente.

a).- Solución y tratamiento.

Conclusiones.

Bibliografía.

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

Cuando se presenta a nuestro consultorio un paciente - que ha perdido todos sus dientes, sabemos de antemano que - esto le traerá una serie de problemas adicionales como; la - incapacidad de desarrollar ciertas funciones básicas las - cuales son: comer, hablar, desarrollarse socialmente por - la pérdida de su apariencia, lo cual le traerá como conse - cuencia un deterioro en su aspecto psicológico.

Es importante tener conciencia de las alteraciones psi - cológica, funcional y estética, así como darnos cuenta de - su justa comprensión y su importancia, ya que las piezas - dentales nos permiten realizar funciones muy importantes y - necesarias, como la principal que es: una adecuada aliment - tación y por lo tanto tener una buena digestión, ya que el - no masticar adecuadamente un alimento nos ocasionará pro - blemas posteriores en nuestro aparato digestivo. Otras de - estas funciones importantes son el tener una buena pronun - ciación al hablar y nuestra apariencia física que repercu - tirá psicológicamente.

Para tratar de devolver al paciente la funcionalidad - de su aparato masticatorio, la estética y el reintegrarlo - de nuevo a la sociedad superando su deterioro psicológico - tendremos que realizarle al paciente una adecuada prótesis - dental completa.

El éxito de la prótesis dental completa depende de - nuestro conocimiento y habilidad para llevar a cabo los - procedimientos del tratamiento, de ahí la importancia de - comprender oportunamente los procedimientos adecuados para - realizar con exactitud el tratamiento. Para lograr esto, - necesitamos un amplio conocimiento de las alteraciones del

paciente para que la prótesis dental completa pueda cumplir con su cometido de restaurar las funciones alteradas de un modo eficiente y cómodo para el paciente así como devolverle la capacidad perdida de masticación, fonación y expresión facial.

Una solución y un tratamiento adecuado dará solución al problema del paciente y sus consiguientes beneficios.

Considerando que el dentista de práctica general tendrá que tratar varios pacientes de edad avanzada muchos de ellos necesitarán prótesis dental completa. Esto exigirá conocimientos adicionales del proceso de la edad y un mayor conocimiento de las diferencias de necesidad de dichos pacientes.

Uno de los objetivos de la odontología es educar a la población sobre la prevención de la caries dental para evitar llegar a la extracción de las piezas dentales, aunque no sólo por caries se pierden las piezas dentales sino también por enfermedades parodontales y sistémicas. Pero hasta que no se tenga un conocimiento exacto de las causas y del tratamiento de la caries dental y de la enfermedad periodontal, la necesidad de una prótesis dental completa siempre estará presente.

En este trabajo tocaremos puntos importantes como: alteraciones y actitud psicológica del paciente desdentado, alteraciones funcionales como: masticación, fonación y expresión facial, también veremos el manejo del paciente, pero de todos estos puntos hablaremos ampliamente dentro de los capítulos que contiene este trabajo.

C A P I T U L O I

ALTERACIONES Y ACTITUD PSICOLOGICA.

Para conocer a fondo las alteraciones que dentro de la boca y en la expresión facial se presentan en el paciente-candidato a la prótesis total debemos elaborar un diagnóstico completo considerando los factores que llevaron al paciente a requerir de la prótesis que puede ser por caries o enfermedad parodontal o por alguna enfermedad sistémica. Posteriormente considerando que se entiende por prótesis dental a diferencia de las demás ramas de la prótesis; fija, parcial, removible y maxilofacial. Concretamente nos referiremos a la prótesis total, bimaxilar o monomaxilar, elaboraremos el diagnóstico de acuerdo a la elaboración de una historia clínica, un estudio radiográfico, observación directa del color, la forma y articulación de los dientes (si existen), tomaremos también en cuenta la pigmentación de la piel, ojos y pelo, todo esto con el objeto de ayudarnos a seleccionar adecuadamente los dientes artificiales que usaremos en la elaboración de la prótesis dental completa.

El diagnóstico está orientado al estudio de los factores biológicos fundamentales.

Dentro de las alteraciones bucales producidas en un paciente edéntulo y considerando los factores y las causas que llevaron al paciente a ser considerado un paciente candidato para usar prótesis total debemos tomar en cuenta las producidas por:

a) Edad:

El envejecimiento es un proceso normal y produce un aumento en la susceptibilidad a los acontecimientos y factores perjudiciales del medio ambiente, se le considera desde el punto de vista biológico y patológico. En el primer caso se sugiere que es una fase normal es un proceso intrínseco que es fundamental, inevitable e irreversible. Desde el punto de vista patológico consideramos los producidos por experiencias traumáticas o enfermedad.

b) Sexo:

Considerando al paciente desde el punto de vista del sexo vemos que el paciente masculino tiene más facilidad para adaptarse a los procedimientos protésicos que los del sexo femenino debido a razones de actividad y a que el paciente masculino no se preocupa tanto por su aspecto y por su estabilidad hormonal ya que en el hombre de edad avanzada no hay descenso en la producción de la hormona sexual masculina a diferencia de la mujer que en el período posmenopáusico es más irritable por los problemas psicológicos y existen en ella problemas como boca seca, sensación de ardor y dolores en el bazo entre otros.

c) Salud general:

Desde el punto de vista patológico hay 2 consideraciones teóricas, 1) como un proceso autodestructivo, aquel en el que el cuerpo reacciona inmunológicamente contra sus propios componentes. 2) Como el resultado final de la acumulación progresiva de experiencias traumáticas casuales relacionadas con la vida y con la enfermedad y en este aspecto debemos considerar ambos factores que influyen direc

tamente o indirectamente en el proceso de adaptación del paciente geriátrico.

Es lógico que el paciente sano se adapte mejor y con mayor facilidad que el paciente enfermo que por su estado anormal de salud se verá tenso y nervioso.

Establecer un diagnóstico acertado en prostodoncia total no es solo detectar simplemente las características edéntulas: la patología demuestra grandes diferencias entre unos desdentados y otros y cada uno de estos requiere de una evaluación clínica y científica de las condiciones existentes.

Ningún examen bucal será completo si no tomamos en cuenta las alteraciones que generalmente podemos encontrar en la cavidad oral edéntula y un importante recurso para el diagnóstico es el conocimiento de la existencia de estas alteraciones ya que estas nos darán las pautas a seguir para un adecuado pronóstico y éxito en el tratamiento del paciente edéntulo por lo cual al realizar nuestro examen bucal debemos incluir en nuestra historia clínica una inspección minuciosa de los siguientes puntos que pueden variar considerablemente el curso del tratamiento.

Alteraciones en general:

a) Tono muscular facial:

Concepto de tono muscular es de acuerdo a la definición de (Best y Taylor) "La contracción refleja constante propia de los músculos que tienen la misión de mantener la postura característica de cualquier especie animal".

Los músculos de la expresión facial llamados también músculos cutáneos, musculatura superficial o miméticos, son los encargados de mantener esta postura en la cara:

cualquier estiramiento de músculo produce una contracción-refleja que un músculo sano produce, el reflejo cesa por lo regular al desaparecer el estímulo que provoca el estiramiento al músculo.

Considerando esto es de importancia en el paciente desdentado ya que cuando existe pérdida de dientes existe una ligera pérdida del tono muscular aunque los músculos y los tendones tienen una adaptación muy lenta al estiramiento. - Esto adquiere importancia cuando clínicamente se provoca un alargamiento de la musculatura maxilofacial más allá de su postura de reposo o longitud postural ya que esto sólo estimularía el reflejo de estiramiento y produce fatiga y en dentaduras completas el paciente no tolera las dentaduras completas a causa de la fatiga muscular y se produce reabsorción alveolar.

b) Tamaño de los maxilares:

La variabilidad anatómica y fisiológica es individual y las alteraciones que éstas sufren es de importancia ya que determinando las características de los maxilares daremos el enfoque al tratamiento adecuado del paciente edéntulo.

Los motivos por los que podemos encontrar alteraciones o defectos de los maxilares son diversos, los más frecuentes son los producidos por traumatismos o enfermedades y entre estas las más significativas son: sífilis, tuberculosis, frambesia, osteomielitis y carcinomas.

c) Procesos residuales:

Después de la extracción total de las piezas dentarias quedarán los procesos residuales. Después del proceso de -

reparación del hueso, el cual no se detiene aquí sino que a través del tiempo va cambiando el proceso dando lugar a alteraciones que el paciente desdentado tendrá en sus procesos residuales.

Entre las alteraciones que podemos encontrar y que se llevan a cabo alterando el procedimiento de tratamiento o en su caso alterando los resultados a corto y largo plazo podemos encontrar reducción de los procesos residuales.

La reducción de los rebordes residuales es un proceso de ajuste con las prótesis que usa el paciente el cual provoca reabsorción del hueso con el tiempo, dando lugar a la necesidad de un nuevo ajuste en la prótesis que usa el paciente.

La osteoporosis y la enfermedad periodontal avanzada pueden también colaborar al procedimiento de reabsorción de hueso en los pacientes que la han padecido en forma patológica.

La atrofia de los rebordes residuales es un problema que es más frecuente encontrar en la mandíbula y sus causas pueden atribuirse al uso prolongado de prótesis mal ajustadas, retención prolongada de dientes naturales en presencia de patología parodontal extensa, osteoporosis, osteomielitis, trauma y cirugía oncológica.

Es la pérdida del reborde alveolar la que provoca que los orígenes de algunos músculos dentro y alrededor de la boca se inserten sobre la cresta del reborde alveolar o cerca de este punto.

d) Torus palatino:

Los torus son proyecciones óseas benignas de crecimiento lento tanto en el maxilar como en la mandíbula, siendo

en el maxilar donde se presentan con más frecuencia. Su crecimiento mayor es en la tercera década de la vida y son de etiología desconocida.

En los casos que se presenta esta hiperostosis en la línea media del paladar blando se le denomina torus palatino.

Histológicamente los torus están formados casi siempre por un tipo de hueso cortical laminado cubierto por una delgada capa mucosa.

e) Torus mandibular:

Como ya hemos mencionado los torus se pueden presentar en el maxilar como en la mandíbula.

En el caso de la mandíbula suelen presentarse en ambos lados de la superficie media de la mandíbula y en la región de los caninos y premolares.

El conservar o eliminar un torus debe considerarse en el plan de tratamiento ya que la membrana mucosa que cubre el torus suele ser delgada y susceptible a la irritación crónica de la base de la dentadura.

f) Relación intermaxilar:

La relación que guardan los maxilares entre sí, variará en su caso la elaboración de las dentaduras y por esto debemos conocer las variantes que podemos encontrar respecto a este punto.

Considerando a los pacientes podemos ver que la clase II o retrognático es un tipo que debemos manejar con cuidado por ser normalmente difícil y esto es resultado de la posición que mantiene la mandíbula hacia adelante provocando problemas en la articulación y una forma de solucionar el problema es manejando con cuidado los aspectos de espa-

cio interoclusal y la articulación.

Una forma generalmente más sencilla que el caso de un paciente retrognático es el de clase III o prognático pero también debemos considerar de no tratar de establecer una relación intermaxilar normal ya que en este caso el dentista debe considerar un espacio interoclusal menor.

g) Espacio intermaxilar:

En el caso del espacio intermaxilar hay 3 formas que provocan variación que debe tomarse en cuenta y clasificarlas de acuerdo a la bóveda palatina. Las alteraciones que en este aspecto consideramos son: una bóveda redondeada; - en este caso es un aspecto favorable y la forma de este tipo de bóveda nos dará una mejor estabilidad y una mejor retención para las dentaduras por lo que considerando este caso en el diagnóstico podremos dar un mejor pronóstico.

La bóveda alta: cuando encontramos una bóveda palatina alta veremos que esto será favorable a la estabilidad, sin embargo en el aspecto de retención no será favorable ya que será escasa la bóveda palatina alta tendrá una tendencia a romper el cierre atmosférico en las áreas de los bordes.

La bóveda plana: cuando encontramos una bóveda plana redundará en una buena retención de la dentadura pero en el aspecto de la estabilidad será no muy favorable dando una pobre estabilidad.

Estas alteraciones que en el espacio intermaxilar se dan pautas a considerar en el diagnóstico y pronóstico en el tratamiento del paciente edéntulo.

h) Forma del paladar:

Existen 3 clases de configuración del paladar que se -

emplean habitualmente y se basan en el ángulo que forma el paladar blando con el duro, mientras más agudo sea el ángulo del paladar blando en relación con el paladar duro mayor actividad muscular será necesaria para establecer el cierre velofaríngeo.

Por consecuencia, mientras más sea desplazado el paladar blando en su función, menor será la superficie del mismo que pueda ser cubierta por la dentadura. Mientras más reabsorbidos estén los rebordes desdentados más difícil será la determinación de la configuración del paladar blando. Por lo tanto es necesario realizar la inspección cuidadosa durante los movimientos funcionales del paladar blando.

La clase I señala un paladar blando que es algo horizontal al extenderse hacia atrás.

La clase II señala aquellos contornos palatinos que se encuentran entre la clase I y la clase III.

La clase III señala el contorno palatino más agudo en relación con el paladar duro.

Existen también defectos palatinos adquiridos, el paladar puede ser afectado por diversos tipos de traumatismos o enfermedades como: sífilis, tuberculosis, frambesia, osteomielitis y cáncer que provocan la destrucción de los tejidos del paladar así como los procedimientos quirúrgicos para tratar dichas afecciones el tipo de destrucción ya sea ósea o de mucosa bucal variará de un paciente a otro y debe presentarse después de haber sido atendido y recuperado si es posible en su totalidad para la elaboración de sus dentaduras.

i) Contorno del paladar blando:

El contorno del paladar blando es resultado de la clasificación antes mencionada y observamos que el caso más

favorable es cuando curva hacia abajo gradualmente.

El área del sellado posterior es normalmente ancho pero la zona vibrátil es difícil de distinguir.

j) Frenillos:

Los frenillos pueden alterar el tratamiento en los pacientes edéntulos debido a las alteraciones que en tamaño e inserción encontramos en los pacientes candidatos a portar dentaduras. Las alteraciones por frenillos hipertróficos son un verdadero problema en los usuarios de las prótesis debido a la susceptibilidad a la irritación por el borde o aleta de la dentadura. Esta interferencia causa un agrandamiento hiperplásico de su inserción.

En general podemos ver que los frenillos que tienen su inserción fuera del reborde alveolar el pronóstico es más favorable.

Los frenillos que tienen la inserción cerca de la cresta alveolar son menos favorables al pronóstico del paciente.

Cuando el frenillo lingual interfiera con la retención de los bordes y la estabilidad de la dentadura mandibular, está indicada la corrección quirúrgica.

El frenillo lingual hipertrófico causa también restricción de los movimientos de la lengua creando un grado variable de anquiloglosia que se asocia a veces con defectos fonéticos.

k) Lengua:

La lengua es un órgano muscular altamente móvil que merece atención cuidadosa durante el proceso de construcción de prótesis totales. Sus alteraciones darán trastornos al paciente que puede afectarlo considerablemente.

Las afecciones relacionadas con el dolor y ardor de la lengua son las anemias nutricionales, como: anemia perniciosa, asociadas con deficiencias de ácido fólico, vitamina B 12 o hierro.

Cuando la lengua se describe como roja y lisa y no de color rosa normal es porque puede presentar atrofia gradual de las papilas.

La falta de ácido fólico se presenta como una glositis, estomatitis, diarrea y debilidad general.

La falta de hierro se presenta con glositis y fisuras en las comisuras de la boca y papilas de la lengua atrofiadas, dando la lengua un aspecto rojo y brillante.

Los efectos que la edad avanzada tienen sobre la lengua son también objeto de atención ya que la lengua parece aumentar de tamaño en el paciente edéntulo y ésta hipertrofia se presenta más en los ancianos, esto resulta de la transferencia de parte de la función masticatoria y fonética a la lengua.

Desafortunadamente este agrandamiento presenta un efecto negativo sobre la retención de la dentadura.

1) Saliva:

La saliva tiene varias funciones además de las protectoras, de gusto y digestión, desempeña un importante papel en la lubricación de la mucosa bucal y de los labios y este factor es necesario para la articulación correcta de los vocablos y el uso satisfactorio de prótesis totales.

Como resultado de cambios progresivos en las glándulas salivales en especial la atrofia de las células que recubren los conductos intermedios se presenta también una disminución en el flujo salival, provocando sequedad en la boca dando a esto lo que se llama xerostomía. Una disminu

ción en el flujo salival también es el resultado de alguna enfermedad como: diabetes, nefritis o anemia perniciosa o la administración de ciertos medicamentos como: fenotiacina, cloropromacina, belladona, atropina, efedrina y escopolamina. Otros trastornos también provocan la xerostomía como: la menopausia, radiaciones, deficiencias vitamínicas, una reacción emocional importante ó bloqueo del conducto salival por un cálculo.

Una disminución en el flujo salival interfiere en la retención de la dentadura y hará la masticación y deglución más difíciles provocando irritación, sensación de gusto anormales, ardor en los tejidos bucales y en la lengua, presencia de grietas y fisuras en los labios y lengua y la mucosa bucal se torna seca, lisa y puede encontrarse dolor bucal.

11) Labios:

Son las dos partes exteriores móviles que forman el contorno de la boca y los trastornos que generalmente son de tipo hereditario y que podemos encontrar son: labio leporino que es una hendidura congénita que se presenta generalmente en el labio superior y puede ser con dos cisuras o hendiduras separadas por un colgajo carnoso el tratamiento de este tipo de trastorno casi siempre es quirúrgico.

La actitud psicológica del paciente edéntulo es importante en el proceso de diagnóstico del paciente: el examen psicológico del paciente es una etapa clínica necesaria que influirá directamente en el diagnóstico adecuando las medidas necesarias y deseables para lograr el éxito del tratamiento.

Respecto a las modificaciones de conducto que encontramos en los pacientes geriátricos vemos que las variaciones

del ego de una persona anciana se manifiesta por dos tipos de reacciones de la persona a los cambios de su estado físico o social: 1) La llamada reacción depresiva, que es el desorden psíquico más común que presentan los ancianos y consiste en una percepción de cambios en su estado físico o social, no hay hostilidad. 2) La llamada demencia senil: que es cuando sufren de cambios orgánicos en el sistema nervioso central con arterosclerosis cerebral, presentan patrones de conducta perturbados, en general son hostiles y desagradables y discuten con exceso, tienen dificultad para adaptarse a cualquier problema, les falta voluntad para cooperar y han perdido el deseo de adaptarse a nuevas realidades.

Los cambios en la función cerebral que aparecen con la edad no son únicamente el resultado de cambios regresivos sino también de diversas actividades realizadas durante la vida que requieren un nuevo aprendizaje de las funciones ya adoptadas. Al resultado de todos estos factores tan variados y diferentes se les denomina "envejecimiento mental normal" u ortoinvolución, durante el cual tiene lugar un deterioro gradual de las diferentes facultades.

El paciente debe ser orientado acerca de sus experiencias y así mismo hemos de atender a sus deseos si éstos son viables, es decir que no estén fuera de nuestras posibilidades clínicas, pues favorecen el pronóstico si por el contrario el paciente está indeciso, mal dispuesto y no puede enfrentarse con las dificultades que van a seguir y dudamos si es capaz o no de superarlas, el pronóstico es malo.

Nuestros objetivos deben ser valorados desde el momento del examen inicial, pero las experiencias durante las fases del tratamiento nos hacen presumir mejores resulta :

dos que los valorados inicialmente, pero por el contrario, hay casos en los que tenemos que realizar una revaloración más minuciosa de las impresiones o modelos iniciales que nos señalan unas condiciones peores de las que habíamos su puesto en un principio y de esto el paciente debe ser informado de las modificaciones que va a sufrir el pronóstico.

En situaciones muy difíciles o comprometidas, como por ejemplo cuando el paciente es una persona muy difícil o muy problemática, es mejor acabar con el tratamiento en las primeras fases, pues no debemos perder el tiempo en terminar un tratamiento que desde el principio hemos considerado como un fracaso.

El dentista aceptará las responsabilidades derivadas del ejercicio de su profesión y con la ejecución de su trabajo pero no puede tomar responsabilidades sobre otras que se deriven de dificultades personales de sus pacientes, quienes por su parte no tienen interés de resolverlas por sí mismos. Encontraremos enfermos que padezcan alteraciones mentales o emocionales que adopten actitudes fuera de la realidad en relación con su aspecto una vez colocada la prótesis y nos planteen demandas de ejecución imposible.

Este tipo de personas están predispuestas de antemano a plantear dificultades en el período de aprendizaje del uso de la prótesis.

Cuando han sido valorados todos los factores que concurren en el caso y se ha efectuado el pronóstico debe hacerse ver al paciente que participa también por su parte en el propio tratamiento, las dificultades previsibles son más fáciles de vencer si el paciente ya está advertido de las mismas y coopera para ello.

Hemos visto la importancia que tiene para un buen pro-

nóstico la actitud psicológica que el paciente pueda presentar ante el proceso de tratamiento y los problemas psicológicos de la persona de edad avanzada. Son factores importantes y de influencia decisiva en el diagnóstico y tratamiento de la patología edéntula.

Es esencial reconocer que el envejecimiento no sólo implica cambios estructurales y biológicos sino que también va acompañado de cambios psíquicos.

Con el objeto de ayudar y orientar al odontólogo y ubicar a sus pacientes y ubicarse el mismo en relación con sus problemas prostodónticos, el doctor M.M. House ha hecho una clasificación de los tipos de pacientes según la personalidad y actitud de los mismos:

1) Mente filosófica:

Son los pacientes que tienen un buen balance mental y han tenido buenas experiencias al usar prótesis, son los que gozan de una buena salud y están conscientes de que necesitan una prótesis o de que necesitan una nueva prótesis.

2) Mente exaltada:

Son pacientes que tienen mala salud, se preocupan mucho sobre la eficacia de la dentadura artificial, no siguen los consejos del dentista y son renuentes a extraerse los dientes.

Existen otros pacientes que usan dentadura artificial, pero ellos creen que no es estética ni funcional y siempre están dudando de la habilidad del dentista y lo presionan exigiéndole garantía por escrito del trabajo que va a realizar.

3) **Mente histérica:**

Son aquellos pacientes que tienen una mala salud, tienen enfermedades avanzadas, no se han atendido su boca por mucho tiempo y tienen mucho miedo al servicio dental, además ellos están completamente convencidos de que nunca podrán usar dentaduras artificiales.

Existen otros pacientes que ya usan dentadura artificial, pero no están contentos con ella y piensan que es deficiente.

4) **Mente indiferente:**

Son aquellos pacientes que no les importa nada y mucho menos su apariencia y no sienten mucha necesidad de tener una buena masticación y una buena apariencia. Este tipo de pacientes no nos ayudan en el acostumbramiento del uso de la prótesis.

C A P I T U L O I I

Entre los propósitos de nuestro tratamiento al paciente edéntulo dentro de la prostodoncia está la consideración de las posibles mejoras a introducir en las condiciones orales presentes, estas mejoras deben de considerar en si un detallado examen de las condiciones del paciente y de las alteraciones funcionales.

Las alteraciones funcionales que encontramos en una cavidad oral edéntula son, comunmente:

a) Masticación.

La pérdida de los dientes darán serias alteraciones en la masticación normal y sana dando por consiguiente una seria disminución en la capacidad masticatoria del paciente-edéntulo.

b) Fonación.

La formación de sonidos se basa en el movimiento de los órganos bucales, los dientes por formar parte de estos órganos tienen importancia significativa en la formación de sonidos, la pérdida de los mismos dará por consiguiente una pérdida en la capacidad de formar palabras.

c) Expresión facial.

Los tejidos blandos tienen su soporte y su conformación en base a los tejidos duros, los dientes soportan algunos tejidos blandos de la boca, estos sin este soporte se hundén y dan una característica expresión facial que produce deterioro a la persona edéntula.

A).- MASTICACION.

Diversos estudios realizados demuestran que una persona con dientes naturales sanos ejercen en la masticación una fuerza para masticar los alimentos entre 2.25 a 80 Kg. dependiendo del tipo y elección personal del alimento, la condición de la estructura de soporte de los dientes, la integridad de la corona del diente y el desarrollo muscular de la persona.

La fuerza empleada en la masticación por pacientes con prótesis totales según estudios de Howell y Brudevold, se calculó que la fuerza en la zona de molares y premolares durante la masticación era de 9.9 a 10.8 Kg. La fuerza en la región de los incisivos disminuyó a 4 Kg. La comparación entre los dientes naturales y artificiales demuestra que los usuarios de prótesis totales ejercen únicamente del 10 al 15% de la fuerza que desarrolla un paciente con dientes naturales en buen estado.

La fuerza máxima que pudo aplicarse con comodidad en un solo diente de una prótesis total fue de 11.7 Kg. La fuerza determinada para la masticación de apio fue de 8.6 Kg. para la masticación de manzana 6.3 Kg., zanahoria 7.7 Kg., y carne 4.5 Kg. en General se observó que para la masticación de alimentos duros y fibrosos, como las verduras crudas requieren mayores fuerzas masticatorias que los alimentos blandos cocinados. También se observó que los alimentos más duros eran masticados por los usuarios de prótesis totales en la región anterior de los premolares y los alimentos más blandos sobre los molares. La zona de contacto dentario que mejor emplea las fuerzas existentes es la región de los premolares.

La relación entre el tamaño de los dientes y la fuerza necesaria también fue estudiada por Bearn en 1971 al medir

la carga llevada por grupos de dientes posteriores al masticar una galleta. Se emplearon tres tipos de mesa oclusal: amplia, estrecha y en filo de cuchillo.

La presión para el movimiento promedio fue de 4.2, 3.0 y 2.2 Kg., respectivamente para los 3 tipos de mesa oclusal. Resulta interesante observar que durante la prueba se empleó el mismo número de movimientos masticatorios para terminar la masticación antes de la deglución.

Otra prueba interesante con respecto a las fuerzas necesarias en pacientes que utilizan prótesis totales fue realizada por Arkinson y Shepherd (1967) para estudiar las diversas posiciones de la mandíbula durante el ciclo masticatorio y relacionarlas con las fuerzas desarrolladas.

Cuando la posición de la mandíbula y la fuerza en la zona de los premolares se registraron al mismo tiempo, se encontró que se desarrollaba muy poca fuerza hasta que los dientes habían penetrado el bolo alimenticio y se encontraban casi en contacto.

Después de éste la fuerza aumenta sin ningún movimiento significativo de la mandíbula. No se observó deslizamiento y efecto de tijera entre los dientes después del momento de contacto con presión intensa como pensaban originalmente la mayor parte de los profesionales. No se mencionó el tipo de oclusión causante de este fenómeno. Durante la fase de masticación inicial la fuerza resulta mayor en el lado de trabajo con tendencia a igualarse la fuerza en el lado de trabajo y de balance solamente en el ciclo masticatorio.

- TIPOS DE MASTICACION -

Existen dos tipos de masticación carnívora y hervívora

con dos tipos de dientes cada uno diferente en función y morfología y adecuado idealmente para su propósito respectivo.

La masticación carnívora con dientes afilados inclinados y penetrantes es un tipo de función a manera de puncción. La dieta está formada principalmente y ésta es desgarrada por los incisivos afilados siendo después masticados el bolo alimenticio por los dientes posteriores con cúspides inclinados. En realidad el bolo no es masticado y reducido a pequeños fragmentos sino que es penetrado de forma que se parece a una esponja y puede ser lubricado por el moco de la saliva para la deglución y la acción de los jugos digestivos.

En primeras etapas de la evolución de los dientes para esta función presentaban cúspides afiladas con un sistema de intergigitación a manera de tijera. La acción mandibular era principalmente de tipo bisagra con pocos movimientos laterales.

La masticación hervívora es principalmente la maceración, trituración y fragmentación hasta llegar a pequeñas partículas. Esto libera los nutrientes encerrados en la celulosa de los alimentos vegetales para que así pueda realizarse la digestión. Para este tipo de función masticatoria se requieren dientes posteriores planos con función de aplastamiento que incorporan bordes afilados e irregulares sobre su superficie.

La acción requerida de los maxilares para este tipo de dientes trituración lateral marcada.

La dieta humana se compone de alimentación omnívora por lo que los dientes naturales constituyen una combinación de las demás formas mencionadas con anterioridad. La oclusión en un joven en desarrollo es más carnívora, aun -

que al envejecer los dientes suelen desgastarse y tornarse de naturaleza más hervíboras.

Un estudio realizado sobre el potencial de perforación para las diversas formas dentarias representadas por la dentición omnívora humana: Los molares de los jóvenes con cúspides afiladas y los molares planos y desgastados de la vejez. Como la dieta humana que requiere masticación está formada por semisólidos, sólidos blandos y sólidos duros, los dientes se probaron con gelatina, pan y filete cocinado todo esto a 2.5 Cm. de grosor. Se empleó en forma arbitraria una norma de penetración de 10 mm. ya que esto se aproxima a la profundidad que suelen preferir las personas al masticar para obtener satisfacción cinestésica. Se utilizaron de 9.1, 2.3 y 0.5 Kg. con estos dientes registrándose la penetración lograda. Los resultados demostraron que a 9.1 Kg. de presión, ambos tipos de dientes penetraron el filete hasta una profundidad mayor de 25 mm. Esto resultó el doble de la que se pensaba era necesario para la masticación satisfactoria de los alimentos más duros probados. Con 2.3 Kg. de presión los dientes con cúspides afiladas penetraron aproximadamente 11 mm. en el filete cocinado mientras que los dientes planos penetraron un poco menos de 10 mm. A 0.5 kg. de presión ningún diente penetró hasta una profundidad satisfactoria aunque los dientes con cúspides resultaron superiores en penetración por 2 mm.

Conforme a la observación de la función masticatoria y a los estudios realizados nos damos cuenta de la importancia de la masticación para el paciente. Una persona que ve alterada esta función vital en su persona buscará ayuda profesional para restablecer su función perdida como profesionales en este ramo debemos comprender bien la pérdida de ésta función vital para restablecerla en nuestra mejor-

posibilidad.

B).- FONACION

Con el envejecimiento y la pérdida de los dientes aparecen cambios importantes, así como la degeneración estructural de los tejidos y músculos por la pérdida de los dientes y tejidos bucales. La formación de las palabras es una función básica, la falta o pérdida de las estructuras maxilofaciales en el paciente desdentado total se manifiestan en disfunciones fonéticas evidentes. La transición de un estado dentado normal a uno edéntulo patológico representa el aprendizaje de nuevos reflejos y el entrenamiento de movimientos menos habituales plantea serios inconvenientes a la persona por lo cual la fluidez del habla también puede ser afectada; o sea, que el habla del paciente se hace difícil y carece de coordinación durante la conversación rápida. La impresión de que no se habla con rapidez y corrección llega en algunos pacientes a convertirse en un obstáculo mental produciendo en algunas ocasiones desajustes psicológicos, debemos reconocer estos estados de alteración funcional para dar el servicio indicado a las personas y restablecer su función perdida una vez que introducimos a nuestro paciente la prótesis, debido a la sensación de volumen y al exceso de saliva que lo acompañan no es raro que el habla del paciente se distorsione. Esta distorsión fonética es más evidente cuando se enuncian los sonidos silbantes. La fluidez del habla también puede ser afectada; o sea que el habla del paciente se hace difícil y carece de coordinación durante la conversación rápida. El aparato fonético, aunque muy preciso, también es capaz de adaptarse. Debemos de alentar al paciente a leer en voz al

ta en el hogar. La lectura disminuye la velocidad del habla y elimina la concentración intensa causada por la forma en que el paciente se oye a sí mismo.

El habla con la lectura pronto adquiere un tono natural y se hace más fluida.

Debemos de considerar sobremanera a la persona que por ausencia de dientes tiene problemas de fonación es una alteración que a veces no se le considera importante, el operador cuidadoso considera éste problema para aplicar soluciones durante el tratamiento y después de éste, ya que también debido a la posición inadecuada de los dientes a un festoneado defectuoso de la prótesis, falta de arrugas en el paladar, son causas importantes en los defectos en la pronunciación.

Al observar la fonética de nuestro paciente debemos ver la pronunciación de todos los vocablos y encontramos comúnmente que el paciente pronuncia sh en lugar de s regularmente este problema se debe a que tiene sobremordida vertical, el problema que se manifiesta de esta manera y nosotros debemos de aumentar la dimensión vertical.

Otro problema común es el de pronunciación constante de seseo y debemos examinar a nuestro paciente por lo regular puede haber demasiada sobremordida horizontal y si la forma de la arcada es demasiado amplia la dimensión vertical puede ser demasiado insuficiente, también el contorno lingual o en su caso palatino demasiado limitado; la solución en su caso sería ampliar o engrosar el contorno para obtener contacto lingual, también este problema puede deberse a la posición de los dientes anteriores y posteriores puede encontrarse demasiado afuera.

Otro problema que puede presentarnos el paciente edéntulo con prótesis es baja intensidad de enunciación de los

vocablos debido a una limitada movilidad del maxilar inferior este problema comunmente se debe a una dentadura floja, por lo consiguiente el paciente trata de hacer succión para colocar la dentadura maxilar en su posición, utilizando la lengua para sostenerla por esto la boca no se puede abrir lo suficiente y al hablar se atenúan los sonidos, los maxilares tienen movilidad limitada; y el paciente se siente incómodo con esta situación, debemos revisar las dentaduras para verificar la falta de adaptación.

Un problema que no va directamente relacionado con el aparato fonético y la formación de sonidos para el habla pero que también tiene importancia por producirse al mismo tiempo que se forman los sonidos de las palabras es la producción de chasquidos al hacer los movimientos comunes de las estructuras bucales y el aparato fonético para la formación del habla, comúnmente estos sonidos de chasquido se presenta en uso de prótesis con dientes hechos de porcelana y debido a una mala dimensión vertical, una solución común es disminuir la dimensión vertical o en su caso cambiar a dientes de resina acrílica o dientes inferiores de resina acrílica inferiores contra dientes maxilares de porcelana, también debemos revisar la retención de la prótesis ya que una mala retención de la prótesis ya que una mala retención de la dentadura inferior suele deberse a sobreextensión y moverse de su lugar o en su caso una dentadura maxilar floja.

C).- EXPRESION FACIAL.

Superada la edad de los 30 años es frecuente observar la aparición de leves arrugas sobre los párpados, la frente y ángulo externo del ojo y entre la nariz y las comisuras de la boca. Estas marcas se acentúan a medida que pa

san los años y en la vejez más avanzada hacia los 65 años, adquieren profundidades permanentes, inconscientes y casi continuas debido a expresiones faciales prematuras, inconscientes y casi continuas debido a expresiones faciales habituales de tensión y preocupación.

La aparición de estas marcas involucra también al cuello; sin embargo su mecanismo difiere del que lo origina en la cara. En el cuello el acortamiento del músculo esquelético durante la contracción da lugar a un plegamiento y de la grasa subcutánea; estas arrugas no son meras invaginaciones de la epidermis sino que se asocian a cambios estructurales definidos.

Cambios estructurales de la piel.

Las variaciones estructurales de la piel se manifiestan según la zona.

En la profundidad de estos surcos o arrugas la epidermis es sumamente fina, formada por 2 ó 3 capas de células epidérmicas carentes de estrato granuloso. Algunos cambios que se consideraban histológicamente como una desintegración o degeneración de las fibras elásticas aparecen únicamente en la presencia de zonas expuestas; en zonas cubiertas o protegidas normalmente el único cambio visible es la dilatación de las fibras. Surge así la suposición de que el envejecimiento de la piel se debe más a una alteración funcional que a una degeneración anatómica.

La piel refleja también el envejecimiento biológico. En las zonas en que, como consecuencia del cambio ocurrido por la edad la cantidad de surcos papilares se reduce la piel, pierde su apariencia opaca y se hace lisa. La secreción sebácea sufre también una reducción gradual que ocasiona sequedad de la piel y pérdida de brillo. Con el enve

jecimiento de los capilares cutáneos se vuelven más frágiles e incluso pequeños traumas pueden producir grandes contusiones.

Es frecuente que al mismo tiempo se desarrolle en el ser humano un sentido de autoestima y autoconservación que lo hace progresivamente exigente en la conservación o recuperación de las formas perdidas o transformadas. Estos cambios y variaciones fisionómicos normales consecuencia de la edad y de la edentación, es un factor importante que el prostodoncista debe de incluir dentro de las limitaciones de la influencia protésica.

Cara y cuello.

La cara rostro o facies, corresponde a la parte anterior de la cabeza desde la línea de implementación del cabello hasta la base del mentón.

Habitualmente es una entidad anatómica de gran valor semiológico como principal centro de la expresión y de modificación inmediata y clara de las formas fisionómicas integrada por su esqueleto de los huesos y los cartílagos nasales; por más de 30 músculos, vasos, nervios, ganglios y pediculo adiposo; el todo recubierto por la piel de gran movilidad y alteraciones.

Las alteraciones en el aspecto del rostro, del cuello que en parte se deben a las arrugas, se atribuye principalmente al agrupamiento característico de los tejidos de la piel hasta formar pliegues y bolsas. Este debilitamiento por ptosis de los tejidos faciales ocurre por pérdida de elasticidad de la piel y atrofia de la musculatura de control facial. Los músculos faciales de la expresión y en parte los músculos de la masticación intervienen en el mantenimiento del control facial en relación a su volúmen y relaxación.

cuando este se reduce por atrofia, aparece con frecuencia una fibrosis asociada que produce como resultado un acortamiento de las fibras y un cambio en el soporte estructural.

En la edad avanzada las alteraciones más significativas se observan en las tres zonas de la parte superior de la cara:

a) La región frontal, donde las arrugas horizontales y verticales se convierten en pliegues y la frente aparece permanentemente surcada.

b) La piel temporal donde la ptosis produce un descenso del ángulo externo del ojo y el descenso del párpado superior.

c) El párpado inferior, a cuyo alrededor se forman bolsas debido a la pérdida de tersura de la piel.

Desde el punto de vista de la anatomía prostodóntica, los cuatro aspectos que interesan son: el perfil, la forma, la altura fisionómica y el tercio inferior.

Perfil facial:

Está integrado por la frente incluyendo la glabella, la depresión nasal, el caballete, la extremidad nasal, la columna, los labios y el mentón.

Reconociendo estas referencias se encuentran tres tipos de perfil en el adulto: recto, cóncavo y convexo; siendo el convexo el más frecuente y el cóncavo el menos frecuente. Estas referencias son útiles y aplicables para encontrar más fácilmente la línea de armonía en la rehabilitación del edéntulo.

Forma de la cara:

Se designa también como forma o contorno facial y está

representada por los contornos fisionómicos que dependen de la forma del esqueleto, y por ende, comparados con las formas geométricas clásicas: cuadrada, triangular y redonda. Además de las posibles combinaciones que surgen de ellas.

A pesar de la vaguedad de éstos conceptos, son aceptados en prostoponcia; sin embargo, se hace notar que aunque las formas de la cara dependen del esqueleto, es necesario apreciarlas teniendo en cuenta la piel, músculos, pedículo adiposo y que una variación de ésta repercute en el contorno facial.

Estas consideraciones se refieren a caras de líneas laterales paralelas convergentes o divergentes cuando se les mira de frente.

Altura fisionómica:

En principio ésta es la altura de la cara considerada habitualmente de frente en la línea media. Para medir el largo de la fisonomía se toman puntos de referencia anatómica entre la base del mentón en posición de descanso mandibular y la línea de nacimiento del cabello, a falta de éste se miden desde el nacimiento de las cejas.

Tercio inferior de la cara:

Una vez llegadas a la madurez los dos principales conjuntos de surcos de la parte inferior del rostro, el surco nasolabial y el surco bucogeniano se van acentuando. Se destacan luego múltiples y finas arrugas que se irradian desde los bordes bermellones del labio superior e inferior, determinando el clásico colapso de los labios.

Al avanzar la edad el esqueleto óseo puede sufrir atrofia con notables modificaciones en las medidas faciales al

llegar a la senectud. El ritmo de cambio entre el maxilar superior y la mandíbula viene influido principalmente por el estado edéntulo y por la resultante resorción de los re bordes residuales que le dan la apariencia prógnata.

Con respecto a la prótesis o a las posiciones mandibulares no se acostumbra medir la altura facial en su totali dad si no registrar medidas intermedias, transfiriendo medidas de altura facial en distancias entre puntos: la altu ra o distancia nasomentoniana, nasoglabelar, mentoglabelar y labiopupilar.

Boca y labios:

Se le llama hendidura bucal a la abertura entre los la bios. El filtro es un surco vertical en la línea media del labio superior limitado lateralmente por un ligero reborde. La zona del labio es una zona transitoria entre la piel y la mucosa oral; aquí se localiza el tubérculo o botón labial en forma de ligera protusión media en la parte roja del labio superior. La comisura labial es un fino repliegue que sirve de unión entre el labio superior e inferior y determina el ángulo de la boca.

A un lado de éste ángulo, se encuentra un haz de tejido de aproximadamente un centímetro, llamado modiollo, sobre éste haz convergen muchos músculos de la expresión facial, así como el origen y la inserción de muchas fibras del orbicular de los labios.

El surco nasolabial es la línea oblicua que parte del ala de la nariz hacia el borde superior de la hendidura formada por las permanentes arrugas de la piel, conforme la masa firme del labio superior se dirige hacia arriba, por debajo de la zona anterior más gruesa de los carrillos.

El surco mentolabial está situado entre el labio infe-

rior y el mentón, y es convexo hacia arriba.

En la edad avanzada se marca otro pliegue, el surco la biomarginal que se extiende desde el ángulo de la boca hasta el borde inferior de la mandíbula y es convexo, aparece cerca del borde anterior del triángulo de los labios.

Trastornos de la articulación temporomandibular:

Generalmente las personas de edad avanzada conservan en plenitud la capacidad de movimientos mandibulares y habitualmente las articulaciones temporomandibulares funcionan correctamente dentro del límite fisiológico, clínicamente se consideran normales y asintomáticos colocando los dedos sobre las articulaciones y comprobar la ausencia de sensibilidad dolorosa, ruidos de crepitación y chasquido cuando el paciente abre y cierra la boca.

Pueden existir cambios degenerativos en las articulaciones temporomandibulares cuando la pérdida de dientes no ha sido compensado y pueden estar relacionados no sólo con grado excesivo de esfuerzo funcional como el bruxismo sino también con una distribución irregular del esfuerzo entre ambas articulaciones derecha e izquierda por costumbres tales como la masticación unilateral.

Los cambios radiográficos relacionados con ésta forma de artritis son:

- 1) Erosiones marginales que se observan como discontinuidad de la capa cortical de las superficies articulares.
- 2) Depósitos osteofílicos, especialmente en la parte anterior de la cabeza del cóndilo.
- 3) Osteoporosis y quistes subcondrales, estos últimos limitados principalmente a la cabeza del cóndilo.
- 4) Nivelación de las superficies articulares.
- 5) Esclerosis de las superficies articulares.

6) Reducción de la distancia entre las superficies articulares.

De acuerdo con Cooperman pueden existir alteraciones anatómicas y fisiológicas si se notan las siguientes manifestaciones:

a) El paciente no se ha podido adaptar a las prótesis anteriores.

b) La cara está asimétrica.

c) El movimiento del paladar blando no es rítmico durante la deglución.

d) Hay respiración bucal.

e) El tono de los músculos de la cara y cuello es anormal.

f) Chasquidos y crepitación durante la abertura y cierre mandibular.

g) La palpación de los músculos temporales, maseteros y pterigoideos internos produce dolor.

h) La mandíbula se desvía durante el movimiento de abertura.

Estas consideraciones adquieren una relevante importancia en el tratamiento y son determinantes en el registro de las posiciones verticales y horizontales de la mandíbula y de una oclusión equilibrada y armoniosa.

En éste capítulo hemos visto la importancia de tener en cuenta las alteraciones funcionales que comunmente se encuentran en los pacientes y como uno de los propósitos de nuestro tratamiento es introducir mejoras en las condiciones orales presentes, debemos estar conscientes que dentro del examen bucal debemos saber reconocer éstas alteraciones para poder cumplir con nuestra función satisfactoriamente.

C A P I T U L O I I I

MANEJO DEL PACIENTE.

En el manejo de nuestro paciente se procurará siempre hacer un pronóstico real y presentar al paciente toda la información que obtenemos, debemos clasificarla y organizarla para establecer el mejor medio para manejar al paciente y realizar las medidas terapéuticas necesarias, así como utilizarlas con la mayor exactitud posible y lograr el mejor manejo del paciente y ayudarlo a restaurar sus funciones deterioradas.

Tanto las estructuras y sus funciones cuando están alteradas requieren de su rehabilitación y tratamiento.

Las dentaduras han de construirse de tal manera que funcionen en armonía de las estructuras faciales orales para mejorar la eficiencia masticatoria, fonación y expresión facial.

Así como aspectos estéticos del paciente que requieren una prótesis total.

En el diagnóstico deberán observarse cuatro factores básicos:

- 1) Factores biológicos locales. Estos incluyen la salud de las articulaciones temporomandibulares, el tamaño y tono de la musculatura, la cantidad y calidad de la saliva, tono de los tejidos y características de las estructuras de soporte, todo lo cual alcanza a estar relacionado con la salud general del paciente.

- 2) Factores físicos locales. Estos incluyen tamaño y forma, espacio y relaciones entre los rebordes, así como la naturaleza de las inserciones resistentes y su proximidad.

con los mismos rebordes.

3) Salud general. Los pacientes diabéticos, debilitados y de edad avanzada, con artritis, anemia, tuberculosis, afecciones renales, discracias sanguíneas o trastornos neuromusculares, así como los que tienen problemas menopáusicos postmenopáusicos mal atendidos suelen designarse individuos en estado de mala salud.

4) Actitud mental. La actitud mental es una reflexión de la salud general con respecto a la actitud mental House los clasificó en 4 grandes grupos, filosóficos, histéricos, exigentes e indiferentes. A estos últimos no les preocupa el encontrarse desdentados. Pueden ser convencidos por sus amigos o familiares a visitar al dentista y a hacerse dentaduras. Sin embargo, no realizan ningún esfuerzo especial para ajustarse a las mismas. El pronóstico para los que permanecen desdentados durante años sin restauraciones no suele ser favorable. Las dentaduras bien construidas y muy agradables en cuanto a su estética logran alentarlos a insistir y realizar los ajustes necesarios. Afortunadamente la gran mayoría son filosóficos. Comprenden la necesidad que existe de cooperación y hacen todos los esfuerzos necesarios para asegurar el éxito. Los individuos que más problemas causan son los histéricos. Estos son difíciles de manejar debido a que se encuentran sometidos a cambios importantes. Pueden presentar disfunción hepática alcohólica, sensaciones anormales del gusto y de ardor en la lengua y en la boca o anemia secundaria. Son más propensos a la resorción rápida y a la cicatrización tardía. También son más susceptibles a presentar tejidos friables y delicados, queilosis y fisuras y agrietamientos de los labios.

Estos pacientes casi siempre requieren mayores ajustes después de la inserción de las placas que otros. Tienen fo

bia al cáncer y causalgia al mismo o dolores vagos y pasajeros difíciles de diagnosticar. La mala salud es responsable de gran número de quejas conflictivas, algunas de las cuales carecen de fundamento. La atrofia e irritación de las membranas mucosas en los pacientes de edad avanzada pueden ser ocasionados por alcohohidria. La menor utilización de proteínas y las vitaminas del complejo B que resulta de la reducción en la función hepática lo hace más susceptible a la glositis, dermatitis y neurosis por depresión.

Examen del paciente:

El examen comienza con la primera visita del paciente: al entrar al consultorio, se observará la composición física general y la marcha. Deberá dársele la oportunidad de relajarse y sentarse con comodidad en el sillón. Se hará entonces una historia médica y dental registrándose todos los datos y alteraciones pertinentes.

Debemos escuchar con atención cuando relata sus anhelos, esperanzas, deseos y encuentros previos con dentistas y dentaduras. La reunión de las mentes deberá ser anterior al examen de la boca. Se registrará la edad, salud general, dieta, así como el uso de cualquier tipo de medicamento, pastillas, drogas, tranquilizantes o vitaminas. Es importante procurar en especial verificar si hay antecedentes de fiebre reumática, diabetes, epilepsia, hipertensión, enfermedades coronarias o episodios de hospitalización. La utilización de drogas como la cortisona, tiroides o estrógeno, pueden perpetuar un estado de dolor crónico en los tejidos. Los pacientes de edad avanzada suelen ingerir una dieta alta en carbohidratos; deberán ser instruídos para que consuman una dieta alta en proteínas, vitaminas y mine

rales.

Examen:

Al realizar el examen del paciente en este aspecto, de bemos examinar cuidadosamente.

Cara: Cualquier anomalía de la cara; como aumento de volúmen o agrandamiento muscular.

Cuello: Examinar con cuidado la región parotídea, submaxilar y submentoniana, incluyendo palpación.

Articulaciones temporomandibulares palpar la región en busca de dolor, crepitación o chasquido o sonidos al abrir y cerrar el paciente su boca es importante una dimensión vertical correcta, relación céntrica y oclusión balanceada.

Labios: Se observará cualquier agrietamiento, fisura o ulceración de los labios. La deficiencia en el complejo de vitamina B, pérdida de la dimensión vertical, o ambas son los factores etiológicos más comunes. Los dientes faltantes, anomalías anatómicas y posición incorrecta de los dientes perpetuarán la lesión mucocutánea.

Al construir nuevas dentaduras para éstos pacientes, es indispensable colocar los dientes en su posición correcta para proporcionar un soporte adecuado para los labios y carrillos. Debemos proceder con gran cuidado al colocar los dientes maxilares anteriores en dirección anteroposterior. Un agrandamiento de la porción anterior de la arcada suele ser deseable.

También está indicado restaurar la dimensión vertical oclusal perdida y lograr un engrosamiento de la dentadura maxilar desde el canino hasta la región del segundo molar. Una masa semicircular de material en la región de los premolares mandibulares ayuda a restaurar las esquinas colga-

das de la boca. La dieta del paciente deberá ser suplementada con cantidades adecuadas de vitamina B.

De acuerdo a la formación de los labios, hay grandes variaciones en contorno y longitud; por ejemplo, con los labios delgados, la desviación más leve de los dientes en sentido anteroposterior afecta la expresión facial. Suelen encontrarse labios tersos y tirantes en individuos muy nerviosos, en orificios de constricción natural en presencia de tejido cicatrizal alrededor de los labios y en casos de atrofia de los labios, debido al envejecimiento. En estos pacientes, los dientes anteroinferiores deberán ser colocados más cerca de la zona vertical con sus extremos cervical próximos a la cresta del reborde alveolar.

Debemos proceder con cuidado para evitar un borde anterior exagerado en cuanto a su altura y anchura en el maxilar superior, lo que causa volumen innecesario a lo largo del ala de la nariz con la molestia propia y un trastorno del resultado estético.

Mediciones faciales necesarias:

Cuando aún quedan dientes naturales y en los que ya utilizan dentaduras las mediciones faciales son de gran utilidad. Se registrarán 5 mediciones:

- 1) La distancia de subnasión al borde inferior del mentón cuando los dientes se encuentran en oclusión céntrica.
- 2) La distancia de subnasión al borde incisal del incisivo central superior.
- 3) La distancia del borde oclusal del incisivo central inferior al borde bajo del mentón.
- 4) Con los dientes en oclusión céntrica se traza una marca de lápiz a lo largo de la superficie labial de un in

cisivo central inferior correspondiente a la posición del borde incisal del incisivo central que se encuentra en so bremordida. La distancia del borde incisal del incisivo central inferior a la línea trazada sobre su superficie la bial se mide con una regla milimétrica. Esta medición re presenta la cantidad de sobremordida vertical.

5) Con los dientes en oclusión céntrica se hará una me dicción milimétrica desde la superficie labial del incisivo central inferior a la superficie labial del diente en so bremordida. Esto registrará la sobremordida horizontal.

Perfil del paciente:

Puede emplearse un patrón de perfil para obtener un ín dice de los contornos de los labios y como guía de la colo cación de los dientes anteriores. Se hace un patrón de per fil mediante un roentgenograma o contorneando alambre sua ve de plomo o de cobre.

Fotografías del paciente:

Las fotografías son muy útiles, deben tener imágenes - básicas de los pacientes con dientes naturales o artificia les. Se recomiendan las fotografías de frente y de perfil - en posiciones céntrica y de descanso y sonriendo. Una vis ta frontal de los dientes en oclusión céntrica con los la bios separados proporcionará información adecuada.

Alteraciones y actitud psicológica:

El comportamiento humano está dictado por las necesida des orgánicas y sociales; éstas necesidades de hallan diri gidas por los principios de homeostasis o equilibrio me - dian te las cuales el individuo trata de mantener un estado

normal, tanto psíquico como físico, su comportamiento está dictado por estímulos, los cuales constantemente se derivan tanto del medio externo como del interno; las respuestas apropiadas a éstos estímulos constituyen los ajustes y adaptaciones, las cuales la mantienen en un estado estable. Hay muchos factores inhibidores, que dificultan una adaptación o acomodación satisfactoria a este equilibrio; estos factores son: miedo, ansiedad, tensión, frustración, los cuales dificultan una acomodación óptima. Cuando los pacientes están bien inducidos o motivados para el tratamiento dental pueden inhibir estas dificultades y lograr un ajuste adecuado para recibir atenciones dentales; muchas veces, sin embargo, los pacientes presentan aberraciones de su personalidad, las cuales se manifiestan por afecciones orgánicas o síntomas de las mismas; estos problemas psicossomáticos crean dificultades en el tratamiento. En la prótesis dental se pueden crear condiciones que si no se revela la psiconeurosis, motivan dificultades clínicas y dificultan unos resultados satisfactorios. Así pues, por razones psicológicas, las dificultades que pueden surgir incluyen desde problemas funcionales, en los cuales los síntomas comprenden un ciclo psicossomático vicioso que comienza con una reacción emocional que lleva a un conflicto y que motiva alteraciones funcionales en los órganos derivados de tal conflicto o más reacción emocional, más incapacidad funcional etc. hasta el derrumbamiento del organismo humano con la producción de estados patológicos. Estas consecuencias son las que encontramos sobre los tejidos del paciente. Corresponde al dentista romper éste círculo vicioso para tratar de dar unas atenciones óptimas a sus pacientes.

Algunos consideran las prótesis totales como la solución final a todos sus problemas, con la pérdida de los dientes restantes toda molestia y dolor de los pasados años, será erradicada para siempre. Ya no será necesario recibir atención dental y por lo tanto exigirán la extracción de los dientes que quizás pudieron ser restaurados en forma adecuada. Sin embargo para ciertos pacientes, la pérdida de los dientes restantes constituye un gran golpe psicológico. Puede tomar algún tiempo aceptar éste diagnóstico.

Si quedan aún dientes naturales, es muy importante poseer modelos de diagnóstico montados en una relación céntrica adecuada en un instrumento también adecuado. La valoración y el análisis son imperativos. Deberá tomarse una decisión con respecto a su retención o a la extracción.

La edad y salud del paciente, número y distribución de los dientes restantes factibilidad de hacer una sobredentadura y sus deseos, deberán ser considerados cuidadosamente. Una discusión franca y completa con él es vital. Las posibilidades de un diagnóstico favorable, las limitaciones y el costo que representan, sea cual sea el diagnóstico, exigen su comprensión total. Si la dentadura completa inmediata fuera el tratamiento de elección, será necesaria informárselo.

La dentadura inmediata es en realidad un tratamiento interino, por lo que exigirá inspección y ajustes más frecuentes, así como reajuste y reposición cuando ello sea necesario, se recomienda la dentadura inmediata a menos que exista alguna contraindicación específica, las contraindicaciones más comunes son las siguientes:

- 1) Incapacidad de resistir extracciones múltiples como los ancianos debilitados.

- 2) Anemia grave.
- 3) Diabetes no controlada.
- 4) Problemas cardíacos.
- 5) Tuberculosis.
- 6) Discracias sanguíneas.
- 7) Indiferencia del paciente.
- 8) Problemas económicos.
- 9) Una sobremordida vertical extensa.

Examen dentro de la boca:

Se debe examinar cuidadosamente, labios, piso de la boca, lengua, paladar duro y blando, amígdalas, maxilares y rebordes alveolares. Los tejidos que parezcan o estén lesionados, irritados o inflamados deberán recuperarse antes de proceder con las impresiones.

Al examinar el maxilar superior se observará el frenillo labial y proximidad con el reborde. Cuando exista una inseción del frenillo baja y una línea labial alta que revele una cantidad excesiva de mucosa se realizará una frenilectomía para eliminar la gran escotadura desagradable que tendrá que hacerse en la dentadura terminada con el menor movimiento de los labios al hablar o sonreír.

Un pronóstico favorable depende de muchos factores como las fuerzas de adhesión y cohesión son directamente proporcionales a la extensión del área cubierta, un maxilar de mayor tamaño ofrece un pronóstico más propicio. Sin embargo, cuando hay maxilares grandes, existirán también dificultades técnicas en la manipulación de los materiales y los portaimpresiones. En términos prácticos, una boca de tamaño medio resulta más fácil para realizar el trabajo.

El paladar puede ser cuadrado, ovoide o convergente y

de profundidad variable. La forma de los rebordes también varía de modo similar. De las diversas formas palatinas, el paladar en forma de V es el menos favorable. El menor movimiento de la dentadura durante la función logra romper el sello, de que no existe una zona de soporte horizontal. Los rebordes suelen estar recubiertos por mucosas gruesas y pesadas que se desplazan con facilidad. Estos casos requieren un buen sello en los rebordes y una oclusión bien balanceada. El paladar en forma de V presenta una gran caída palatina en la región de la línea de vibración que se localiza más en dirección anterior, proporcionando así menos espacio para colocar un sello palatino posterior adecuado. La extensión distal de la dentadura siempre deberá ser determinada por el dentista.

En caso de encontrar un torus maxilar, la cirugía puede ser necesaria si el torus se extiende más allá de la línea de vibración con espacio inadecuado para sello palatino posterior o si la inserción de una zona de alivio crea una sensación molesta de falta de espacio o si existe una retención tan grande y lobulada que cause un problema de higiene, en éstos casos deberá considerarse una reducción quirúrgica.

Hiperplasia papilar; el único tratamiento eficaz para la hiperplasia papilar extensa es la eliminación quirúrgica ya sea con instrumentos o mediante la cauterización. La dentadura del paciente deberá entonces ser cubierta con un material para acondicionar los tejidos que se cambiarán siempre que sean necesarios hasta que se haya realizado la cicatrización. A continuación deberá construirse una nueva dentadura. La hiperplasia papilar es el resultado de una dentadura mal ajustada y traumática. El exceso de compensa

ción y mala higiene, alergia y *Candida albicans* suelen contribuir a ésta afección.

Siempre que se considere la reducción de una tuberosidad, deberá analizarse su proximidad con el seno maxilar.

Es indispensable hacer una serie completa de radiografías para el que está desdentado. En presencia de zonas retentivas bilaterales en la tuberosidad debe reducirse una al menos y con frecuencia ambas. En algunas bocas el espacio retrocigomático es muy estrecho y al menos que la prominencia bucal sea reducida, resulta imposible hacer impresiones precisas. En zonas retentivas opuestas en forma diagonal deberá eliminarse una de ellas, generalmente la posterior. El no realizar los procedimientos quirúrgicos, crea problemas con la dentadura terminada, la que necesitará reducción y alivio de las aletas con percolación resultante y pérdida de retención.

Una tuberosidad que haga contacto con un diente inferior no habiendo pérdida de la dimensión vertical requiere reducción quirúrgica en su altura vertical. Sólo que no sea corregida, dará como resultado una reducción vertical excesiva en la oclusión con un espacio libre interoclusal inadecuado o inexistente.

La molestia del paciente, los rebordes adoloridos y el fracaso del caso son una seguridad. Si la tuberosidad hace contacto con el cojinete retromolar, es necesario nuevamente recurrir a la reducción quirúrgica.

No puede exagerarse la importancia del examen digital. El no pasar los dedos sobre los rebordes significa no cubrir las aristas agudas y las espículas que se encuentran a lo largo de los rebordes, que subsecuentemente requieren ajustes demasiado prolongados después de la inserción. El-

examen digital es indispensable para la observación de los tejidos laxos e hiperplásicos, así como tuberosidades móviles que no son evidentes a simple vista, debemos adecuar la técnica de impresión para compensar éstos tejidos flácidos. El no hacerlo condena el caso al fracaso en éste momento sin importar la precisión de todos los movimientos posteriores. Los tejidos desplazados adquirirán cierta vitalidad y buscarán recuperar su forma original relajada causando el desplazamiento de la dentadura.

Al examinar el maxilar inferior es necesario observar con cuidado las inserciones resistentes en la técnica de impresión, es indispensable obtener cobertura máxima sin desplazamiento indebido de los tejidos y provisiones adecuadas para las zonas resistentes. Las inserciones resistentes son el frenillo labial, el bucal, ángulo distobucal, inserción distal del músculo milohioideo y las estructuras linguales en el piso de la boca, así como el frenillo lingual.

Si la radiografía revela un reborde alveolar inferior a manera de filo de cuchillo y similar a una sierra, deberá ser tratado quirúrgicamente. El resultado es un reborde un poco más plano aunque permitirá que el paciente use su dentadura libre de irritación e incomodidades. Si el hueso parece liso con una corteza bien definida, es mejor tratarlos por medios protéticos, desplazando la carga fuera de la zona del reborde. La colocación de una hoja de cera para vaciados de calibre 28 sobre la zona de la cresta del reborde alveolar en el modelo preliminar antes de fabricar el portaimpresiones de resina de autopolimerización para la impresión final, logrará ese objetivo. El alivio de la zona de la cresta del reborde alveolar sin el alivio de

las pendientes del reborde eliminará la carga en la zona del reborde y proporcionará en forma automática un contacto más íntimo con los lados del reborde.

Los torus mandibulares prominentes suelen requerir acción quirúrgica. La extensión correcta de las aletas y el sello del reborde de la dentadura resulta imposible de lograr cuando los torus crean zonas retentivas importantes; si éstas son pasadas por alto, cualquier intento de eliminar la molestia y la irritación por desgaste o reducción de las aletas de la dentadura terminada sólo agravará la situación con pérdida adicional de la retención.

La porción distal de la aleta lingual de la dentadura inferior deberá extenderse hacia el espacio retromilohioideo. Si la dentadura es terminada en forma abrupta perpendicular al borde posterior del cojinete retromolar, el paciente será consciente del borde de la dentadura. Además la lengua tenderá a desplazar con mayor facilidad a la dentadura.

La extensión adecuada funge como guía para la posición lingual del paciente y constituye un cierre contra la presión incisal. La superficie pulida estará orientada hacia abajo y hacia adentro, los tubérculos genianos prominentes deberán cubrirse. Esto da por resultado incomodidad, irritación y pérdida de la retención.

Tratamiento:

Se entiende por indicación de tratamiento la formulación que el odontólogo hace sobre todas las circunstancias que el paciente debe cuidar para lograr la rehabilitación de su boca. El propósito del tratamiento protodéncico es responder a las necesidades del paciente edéntulo.

Sin embargo cada paciente es único y singular, es decir, -
representa una patología perfectamente individualizada. -
Los requisitos necesarios para determinar las necesidades-
del paciente son, el interrogatorio y el examen.

El interrogatorio debe preceder al examen y proporcio-
na al odontólogo el fenómeno subjetivo que incluye la eva-
luación de las necesidades propias del paciente, sugiere -
la forma correcta de conducir el examen con la información
proporcionada.

El tratamiento está planeado para cumplir con las nece
sidades del paciente. Algunas necesidades subjetivas refe
ridas a la orientación del paciente son:

- 1) Alivio del dolor.
- 2) Prevención del dolor, incomodidad y disfunción.
- 3) Estética que incluye:
 - a) Apariencia.
 - b) Lenguaje.
 - c) Función social.
- 4) Necesidades propias del individuo.

Algunas de las necesidades objetivas, referidas a la -
orientación del odontólogo: Causas del dolor, incomodidad-
y disfunción, predisposición hacia el dolor y estética.

Cuando un paciente requiere del alivio de un dolor, in
comodidad o disfunción, se debe examinar o determinar su-
causa: el tratamiento puede ser responsable solamente de-
la causa y no del síntoma. Cuando no es posible correlacio
nar entre el síntoma y la causa, el tratamiento es al azar
o imposible.

Si la intención del paciente es para prevenir el dolor,
incomodidad y disfunción, se debe determinar la predisposi

ción del paciente hacia éstos síntomas. Obviamente el tratamiento puede diferir entre los pacientes de acuerdo con un índice de factores positivos o negativos, o a un patrón de higiene bucal bueno o malo.

En las consideraciones estéticas los pacientes pueden interesarse con la apariencia, el lenguaje, o en ambas situaciones, según afecte su condición o estilo de vida, considerada ésta como una indicación de lo que hacen las gentes, de lo que son y de lo que les gustaría ser.

El tratamiento prostodóntico debe estar consagrado a minimizar cualquier efecto deteriorante en el estilo de vida del paciente, como resultado de la pérdida de los dientes: demanda el mayor esfuerzo de la aplicación de conocimientos y una eficiente habilidad técnica. Sin embargo es conveniente ser cautos en las apreciaciones obtenidas; no debe permitirse que el paciente dicte el tratamiento, ni imponga imágenes idealizadas, inalcanzables o inapropiadas.

Siguiendo éstas determinaciones diagnósticas y antes de establecer el plan de tratamiento, se organizan y utilizan los datos evaluativos.

Edad: Es obvio entender las manifiestas alteraciones que se observan en un adulto joven.

Estilo de vida: Influye considerablemente en la determinación del tratamiento por las necesidades mismas del paciente edéntulo.

Coefficiente protético: es uno de los factores más importantes en el plan de tratamiento; se reafirma la prostodoncia como un procedimiento psicosomático individualizado.

Formulada la indicación de tratamiento, corresponde completarla con un plan válido. El tratamiento principal

involucra 3 procesos fundamentalmente diferentes:

- 1) Elegir el tipo de tratamiento e iniciación.
- 2) Cronología de las etapas del tratamiento.
- 3) Tiempo que durará el tratamiento.

Como vemos la importancia del manejo del paciente en la solución y tratamiento es de suma importancia para lograr un tratamiento eficaz y una restauración funcional y estética adecuada y ya que el fantasma de la vejez sobrecoge a muchos que requerirán servicios profesionales, es nuestro deber como profesionales el proporcionar éste servicio lo mejor posible.

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

De acuerdo a lo antes expuesto queda para nosotros ya un concepto importante de lo que representa la importancia de considerar en su verdadero concepto las características clínicas de un paciente desdentado total y dentro de esta lógicamente conclusión, debemos estar conscientes de que existen las alteraciones psicológicas, funcional y estética, así como darnos cuenta de su justa comprensión y su importancia así mismo.

Las alteraciones funcionales como la de la masticación, fonación y expresión facial, hay que tomarlas en cuenta y considerar que posibles mejoras podemos introducir en las condiciones orales de nuestro paciente y en el manejo de nuestro paciente después de conocer todos los factores que afectan a estos conceptos hacer un pronóstico real y presentar a nuestro paciente toda la información que tenemos la cual debemos clasificarla y organizarla para establecer el mejor medio para manejar al paciente y ayudarlo a restaurar sus funciones deterioradas.

El conocimiento de las alteraciones psicológicas y funcionales en el paciente desdentado total que nos dará las pautas para lograr el éxito de la prótesis completa y brindar una solución y tratamiento adecuados para devolver a nuestro paciente la funcionalidad, estética y estabilidad psicológica correctas.

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

HECTOR MARTONELLI

Técnica de Prótesis Completa Equilibrada

1a. Edición

Editorial Mundi

Argentina 1917

p.p. 17

HORTOHLIG

Prótesis para Desdentados

1a. Edición

Editorial Buch

Berna 1973

p.p. 107-150

JACK M. BUCHMAN

Dentaduras completas y ancladas

1a. Edición

Editorial Labor

Barcelona 1978

p.p. 3

JOSE Y. OZAWA DEGUCHI

Prostodoncia Total

5a. Edición

Editorial UNAM

México, D. F. 1984

p.p. 164-39 167-180

NEILL NAIRM
Prótesis Completa
1a. Edición
Editorial Mundi
Buenos Aires, Argentina 1968
p.p. 20-30

RAYMOND SEARS SILVERMAN
Prótesis Dental
1a. Edición
Editorial Toray
Barcelona 1965
p.p. 17 -30

ROBLES Y HERRERA
Manual de Prostodoncia Total
2a. Edición
Editorial U.A.G.
Guadalajara, Jal., México 1980
p.p. 9 - 27

SHELDON WINKLER
Prostodoncia Total
1a. Edición
Editorial Interamericana
México 1981
p.p. 630-640