

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCION.-

La labor del profesional odontólogo es la de resolver múltiples problemas dentales que se presentan a diario. Para los que nos dedicamos a la salud oral es un gran reto que tenemos enfrente.

Actualmente la mayor preocupación es prevenir una gran destrucción de los tejidos o estructuras bucales, como también las repercusiones locales y generales, a causa del uso de prótesis parciales o totales. La inmensa cantidad de desdentados que alcanza nuestro medio pone a los estudiantes y odontólogos constantemente en contacto con los pacientes que necesitan una rehabilitación protodóntica, otros en cambio exigen con frecuencia rehacer la prótesis por las deficiencias de la misma, al realizar el examen clínico muchos de estos pacientes presentan algunas lesiones en las zonas de contacto con el aparato protético a causa de las iatrogenias que se siguen cometiendo en la época actual, a pesar que se han mejorado las técnicas y métodos de impresión con la inclusión de nuevos materiales.

En el paciente desdentado, son comunes los cambios tanto en los tejidos duros como blandos que se inician al recibir un aparato nuevo. En la conducta del organismo frente a la prótesis, puede distinguirse dos órdenes de fenómenos: los característicos del primer tiempo, que terminan por lo general con la aceptación del cuerpo extraño, llamados fenómenos de adaptación y las alteraciones que siguen concomitantes con los aparatos protéticos, éstos los estudiaremos como enfermedades paraprotéticas, la mayoría de estas lesiones producidas por las prótesis, tienen un corto periodo sintomatológico doloroso, que al pasar a un

periodo de lesión crónica hace que el propio paciente ignore su presencia en la boca.

Este solo hecho exige la aplicación de conocimientos suficientes para evitar las consecuencias futuras que por falta del tratamiento oportuno lleguen a producir formaciones neoplásicas.

Con el objeto de evitar estas situaciones críticas, desarrollo este trabajo de tesis que se propone ayudar a los estudiantes y odontólogos en su esfuerzo para prevenir, identificar, reconocer y tratar muchas de estas lesiones en su periodo inicial, realizando un buen diagnóstico.

Pasando a describir las patologías paraprotéticas de carácter local con el fin de facilitar el estudio de esta gran variedad de lesiones, dando bastante énfasis en el estudio de los factores causales, si bien conociendo todas ellas el protesista puede evitar o eliminar estos factores y permitir una rehabilitación adecuada en el futuro.

En las lesiones hiperplásicas y queróticas se describe las características histopatológicas que permite diferenciar estas lesiones con los tumores malignos.

Además hemos incluido el "síndrome de intolerancia protética" si bien no es muy frecuente, el odontólogo debe estar preparado para tomar las medidas adecuadas al caso, seguidamente se describe el tratamiento quirúrgico de las lesiones hiperplásicas que son objeto de nuestro estudio.

Para finalizar desarrollando el tratamiento protético, que consiste en la confección de nuevas prótesis, como también el mantenimiento de las mismas, sin cuyos conocimientos y aplicación de todo lo descrito lleva consecuencias desagradables para el paciente y el profesional.

II. GENERALIDADES.-

II.1. Concepto.-

La patología paraprotética forma parte del grupo, mucho mayor, de las alteraciones paraprotéticas, constituidas por las alteraciones orgánicas y psíquicas, favorables o no, ligadas al tratamiento protético; las de sentido favorable se consideran fenómenos de adaptación, las de sentido desfavorable, o fenómenos de inadaptación, pueden actuar perturbando cualquiera de los procesos adaptativos, en sus sentidos funcional, psíquico e histórico. Como señala Castro (1967) el punto de partida de estas perturbaciones debe señalarse en el hecho de no estar la mucosa, ni el hueso de soporte, ni el aparato estomatognático en conjunto contruidos para soportar y hacer funcionar las prótesis; además, frecuentemente el espíritu las rechaza. La Sintomatología suele predominar a nivel de la boca, donde las alteraciones se hacen evidentes a través de signos subjetivos (náuseas, dolores, inflamaciones, ulceraciones, prótesis movedizas e ineficaces, deficiencia estética o fonética, molestias mal definidas) u objetivos (prótesis desajustadas, falta de altura, mala articulación, atrofia, inflamaciones, retiro de las prótesis).

Los fenómenos de patología paraprotética o de inadaptación son susceptibles de diversas clasificaciones. Todas hasta ahora se limitan a los trastornos locales, porque las repercusiones de orden general, sean orgánicas, funcionales o psíquicas, profundamente complejas, no están suficientemente estudiadas y no existe sistematización alguna a su respecto.

SAIZAR (1937) los dividió en inflamatorios, regresivos y progresivos, lo que permite una orientación definida respecto a su significado, por lo menos en teoría. En la práctica, sin embargo, es frecuente que aparezcan mezclados, sin que sea fácil determinar el origen de unos y de otros aspectos del proceso. Existe, además, el síndrome de intolerancia protética grave que no tiene ubicación en ninguno de los tres y que parece depender, a lo menos en gran parte, de los factores generales. Es importante comprender que la cavidad bucal al recibir un aparato extraño con cierto grado de aproximación a lo que el organismo requiere para llenar una necesidad, y se logra el proceso de adaptación normal, ya que el organismo reacciona del modo más favorable a las excitaciones de ese cuerpo extraño. La masticación actúa como verdadero masaje de los tejidos, que contribuye a mantenerlos en buen estado de salud.

Pero el maxilar cubierto por una prótesis no escapa por eso a las leyes de la economía, su equilibrio puede y se rompe con frecuencia tanto por causas locales o exógenas, causas generales o endógenas.

Todas las enfermedades de los maxilares pueden desarrollarse en la vecindad de los aparatos protéticos obligando a veces su eliminación transitoria o permanente; pero aquí nos interesa un grupo de ellas que no existentes o sin importancia especial cuando no hay prótesis, se desarrollan en la zona chapeable y son capaces de hacer variar el régimen funcional de los aparatos implicando una declinación de las condiciones en que funcionan.

Esta verdadera "disfunción" de las prótesis redundante a su vez en perjuicio de los maxilares y se establecen entre patología maxilar y desacomodo de los aparatos, verdaderos círculos viciosos que bien merecen el nombre protético maxilar ó maxiloprotético aún, en bien de la eufonía paraprotética.

Las alteraciones paraprotéticas que no redundan en perjuicio evidente de la prótesis o del paciente, la interpretamos por comodidad como fenómenos de adaptación.

II.2. Historia

Aceptando que la causa principal de las enfermedades paraprotéticas es la presencia en la boca de un aparato protético ya sea parcial o total. La historia de estas enfermedades se remonta y esta ligada a la historia de la prótesis a placa y esta no va muy lejos, se inicia en el siglo XVIII justamente con la odontología moderna, si bien es cierto que se conocen en verdad piezas de prótesis más antiguas, estas se refieren principalmente a piezas fijas y no a aparatos removibles que son los causantes principales de las enfermedades, así por ejemplo; se hallaron piezas muy antiguas de origen etrusco y una hallada en una tumba fenicia que consistía en la restitución de piezas dentarias mediante ligaduras de oro y banda, datan del año 400 al 600 a.C.

Los griegos parece que no llegaron a conocer otro medio de retención de las prótesis que las ligaduras y en cuanto a los egipcios se les atribuye con frecuencia el invento de la prótesis.

Otro egiptólogo Junkers (1914) descubrió una momia con dos molares ligados por un hilo de oro y que él interpreta como por lo menos un ejemplar de prótesis mal efectuada alrededor del año 2500 a.C.; También se atribuye a los romanos el invento de la prótesis a placa ya que según Marcial, en la Roma de los Cesares se construían dentaduras de oro y marfil, las cuales según pasajes de otras sátiras podían quitarse por las noches, en esta época se hacían bases de oro.

Durante la Edad Media alcanzó su apogeo la medicina Árabe y Avicena, alrededor de los años 1000 a 1200, pero en cuanto a prótesis no hubo adelanto alguno solo a fines del año 1300, se emplearon en Francia dientes confeccionados con huesos de vacuno para prótesis y hacia el siglo XVII se comenzó a utilizar el marfil. Era también el momento en que empezaban a documentarse, por parte de los hombres de ciencia, las primeras tentativas de renovación protética.

Lindsay Guillermeau (1597) indicaba la construcción de dientes artificiales mediante una pasta fabricada por él, primer germen de nuestros actuales dientes artificiales.

Purman (1684) indica la posibilidad de confeccionar un molde de cera donde se reproducirá el marfil. Nuck (1692) habla por primera vez de la posibilidad de confeccionar una dentadura inferior. Heister (1718) menciona por vez primera piezas de prótesis parcial removible.

La odontología primitiva continuo progresando principalmente en Europa Occidental y posteriormente en América. Hasta el siglo XIX los precursores de la profesión fueron Pierre Fauchard y C. Mouton en Francia y Jhon Greenwood en América. Fauchard (1728) fue considerado padre de la Odontología debido a que difundió experiencia, habilidad y conocimientos, describió las funciones del diente humano, al cual prefirió para la fabricación de reposiciones fijas, fue el primero que construye dentaduras completas tomando medidas a compás, la dibujaba sobre un papel, de donde la trasladaba al marfil; se terminaba de construir, mediante pruebas en boca. También utilizó marfil y hueso, contribuyendo al empleo de resortes en la construcción de prótesis dentales que presentaban algunos inconvenientes; la necesidad de acostumbrar el carrillo a su constante frote, lo cual no es tolerado debido a las irritaciones y ulceraciones que provoca.

A Greenwood se atribuye el haber construido 2 o 3 juegos de dentaduras para Washington, también talladas en colmillos de hipopótamo. Plaff (1750) inventó los modelos de yeso, sobre los cuales se adaptaba un bloque de marfil, sobre el modelo pintado con negro de humo al colocar la placa indicaba el sitio a corregir.

Hacemos mención de la génesis de la prótesis para relacionarla con las afecciones paraprotéticas ya que son enfermedades de origen netamente protético, porque raras veces se observa en un maxilar sin prótesis y que las mismas se originaron desde el momento que se emplearon diversos materiales para las bases como antiguamente fueron conocidas la Gutapercha, plata, estaño, aluminio, acero,

porcelana que fracasaron o tuvieron éxito limitado, en los últimos años se utilizaron el colmillo de hipopótamo, oro, caucho. Los primeros intentos de tratamiento para reemplazar dientes ausentes se asemejaban mas a puentes que a placas. Los resortes fueron decayendo en cuanto a su uso con el advenimiento del caucho y el perfeccionamiento de las impresiones, se hizo más fácil obtener aparatos que retuvieran por adhesión, o por la acción de la presión atmosférica.

Fauchard (1796) fue el primero en mencionar la aplicación del principio de succión para la retención de las dentaduras superiores (Lemerle).

En general se atribuye a Gardette (1800) dentista francés el invento de la cámara de succión.

La primera aplicación del caucho en la prótesis, según La Forgüe (1810) Fonzi recubría con una capa de caucho la cara alveolar de las bases metálicas que actuaba como almohadilla para rellenar los defectos, también fué el primero que realizó un diente individual de porcelana y el primer rebasado. El caucho vulcanizado fué durante 100 años (1840-1940) el material de base mas equilibrado en sus propiedades por su tolerabilidad, laborabilidad, exactitud y bajo costo, pero tenía el inconveniente que imita mal el color de los tejidos bucales, ya para esta época se conocía la estomatitis como enfermedad del caucho.

los presentó en forma de polvo y líquido, por el alemán Kulzer, en 1935, según Osborne al promediar el siglo XX se convirtieron en elementos fundamentales y habían ganado en estética pero no así en precisión ni eficacia.

CAPITULO III

LESIONES INFLAMATORIAS AGUDAS

III. ALTERACIONES DE LA MUCOSA BUCAL EN PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS.-

III.1. Lesiones Inflamatorias Agudas.-

Las inflamaciones paraprotéticas agudas son características del periodo de instalación que a menudo varía mucho dependiendo del paciente siendo a veces sencillo y en otros muy complicado. Los pacientes suelen presentar muchas quejas desde que reciben su prótesis, el profesional debe escucharlos, interpretarlos y aliviarlos.

De un modo general los defectos reales pueden clasificarse en corregibles e incorregibles, los primeros son lesiones comunes de observar en nuestro medio, si se detectan al principio son fáciles de tratar y el segundo exige de inmediato la repetición de uno o de los dos aparatos.

Se presentan por lo general como pequeñas lesiones congestivas o ulcerativas a veces difíciles de observar a simple vista, aunque las lesiones parezcan tan pequeñas son dolorosas. Estas lesiones se presentan como:

a) Lesiones Ulcerativas.-

Son inflamaciones agudas que pueden presentarse como irritaciones localizadas. Vamos a referirnos en especial a la úlcera traumática. Conocida también como puntos dolorosos o manchas dolorosas causada por la irritación de la prótesis total, por lo común se

desarrolla dentro de las 24 hrs. a 48 hrs., de la inserción de una prótesis dental nueva.

Etiología.- Puede ser el resultado de:

- Bordes demasiados largos.
- El secuestro de espículas de hueso bajo la prótesis dental.
- Penetración de partículas duras entre la base y la mucosa.
- Excesivo ajuste de la base por sobre extensión y compresión del post-daming.
- Defectos del acrílico como ser: burbujas, crestas, pestañas, acompañados de frotos funcionales (fricción de la lengua con los dientes, o las rugosidades palatinas exageradas).
- Interferencias oclusales, por el contacto prematuro de una o varias piezas dentarias que se transmiten a la mucosa.

Características Clínicas.- Estas úlceras son pequeñas del tamaño de una cabeza de alfiler, excepcionalmente mayores de un centímetro, de forma irregular, cubiertas por una delicada membrana necrótica de color gris y rodeadas por un halo inflamatorio.

Sintomatología.- Son lesiones dolorosas, nunca son sangrantes y van acompañados por sialorrea, la reacción que provocan guardan escasa proporción con su tamaño.

Localización Habitual.- Se presentan en cualquier zona de la cavidad bucal, en la mucosa masticatoria que esta en contacto con la prótesis, en la zona donde asientan los bordes de la prótesis, en la zona del post-daming, como también en las zonas donde existe movilidad de los tejidos (frenillos vestibulares y linguales, ligamento pterigomaxilar, músculo milohiideo, piso de la boca, zona retromolar y en los bordes de la lengua).

Características Microscópicas.- Es una úlcera no específica y microscópicamente muestra perdida de continuidad del epitelio superficial con exudado fibrinoso que cubre el tejido conectivo expuesto. El epitelio del borde de la úlcera por lo regular demuestra actividad proliferativa, existe infiltración de leucocitos polimorfonucleares; en el tejido conectivo, en particular en el área de ulceración.

Diagnóstico.- Todo punto doloroso exige un diagnóstico en cuanto a su origen y una referencia exacta en cuanto al punto protético que lo provoca.

Tratamiento.- El tratamiento consiste en aliviar el dolor de inmediato se debe seguir las siguientes instrucciones. En primer lugar se debe realizar la localización del punto doloroso mediante las maniobras digitales, deslizando la punta del dedo índice frente a la zona sospechosa, observando la reacción del paciente.

En los casos de excesos por presión su utilizan ceras o pastas descubridoras. Las prótesis cargada con el material debe asentarse

a mano, sin la ayuda del antagonista, para evitar que algún defecto de articulación provoque una falsa señal.

Otra manera de transferir el lugar del punto doloroso a la base consiste en pintarlo con lápiz de tinta o lápiz de anilina y asentar la prótesis en su lugar. De esta manera se obtiene la ubicación precisa del lugar donde debe ser modificada. Este procedimiento no es eficaz en el maxilar inferior por la dilución de la tinta en la saliva.

También se puede marcar con una pasta de referencia aplicando encima de la prótesis seca. Seguidamente se procede a eliminar los factores causales como ser:

El desgaste de los bordes, realizar la remoción de los secuestros pequeños y con la ayuda de papel de articular hacer los desgastes correspondientes donde hay contacto prematuro de las piezas dentales por cúspides altas y desgastar bordes filosos de acrílico, crestas. Se procede a indicar una terapéutica adecuada.

Para aliviar la inflamación aguda; el tratamiento consiste en disminuir el dolor generalmente con anestésicos tópicos a base de benzocaina y si la lesión es extensa un tópico antiséptico como ser: la fenofucsina, piralvex, dentinox-gel, cuyos componentes penetran en los tejidos infectados y ejercen potente acción antiséptica actuando sobre hongos. Pueden aplicarse 3 o 4 veces al día, pintando el mismo paciente con un hisopo de algodón en la punta de un palillo la zona dolorosa.

La deficiencia de la vitamina A contribuye a la aparición de estos puntos y la topicación con ella ayuda en su curación. La cauterización del punto doloroso con lápiz de nitrato de plata puede producir efectivo alivio, curan por sí solas entre 5 a 7 días.

b) Lesiones Congestivas.-

Es una inflamación bucal aguda producida por dentaduras artificiales. El paladar y los bordes alveolares superiores e inferiores están rojos hinchados con frecuencia, con sensación y dolor son difíciles de diagnosticar, la ayuda que puede prestar el paciente es poca.

- Las causas probables de estas lesiones que se producen después de largos periodos de uso de las prótesis sea a consecuencia del proceso atmosférico mas allá de su tolerancia, sea a continuación de algún cambio en el funcionamiento de los aparatos.
- Falta de estabilidad, soporte y retención de la prótesis.
- Falta de oclusión balanceada.
- Interferencias durante la oclusión céntrica o enclavamiento durante las oclusiones excéntricas.
- Cuando la oclusión céntrica no coincide con la relación céntrica.

Características Clínicas.- Se observa un enrojecimiento de la mucosa bucal como consecuencia de una prótesis mal adaptada que se mueve y corta la mucosa. Se puede producir acumulación de

sangre anormal en un sitio determinado, siendo activa, si hay mayor flujo de sangre arterial y pasiva si está impedida la circulación venosa.

Tratamiento.- Se trata mediante revestimiento con materiales blandos hasta que la sesión cura e indicar al paciente que realice una limpieza habitual de la cavidad bucal. Hacer enjuagues después de las comidas. En el mejor de los casos hacer una prótesis nueva.

c) Mordeduras de las Mejillas.-

Son frecuentes durante los primeros días las mordeduras accidentales de la mucosa yugal ocasionadas por el rechazo de la prótesis sobre los carrillos o la lengua, a menudo traumatiza los tejidos debido al roce o por algún mal hábito del paciente o falta de costumbre de usar la prótesis.

Etiología.- Los factores causales mas importantes son:

- Los dientes, que al apoyarse sobre la lengua o mucosa yugal edematosa e inflamada, son los agentes de la llamada "Indentación", (impresión dental) que se observa a menudo al nivel de la línea de oclusión o articulación dentaria intermaxilar.
- El traumatismo constante de los dientes artificiales en oclusiones cruzadas o por falta de oclusión balanceada, sobre

todo cuando los dientes posteriores están colocados muy por fuera del reborde alveolar.

Características Clínicas.- En la cara interna de las mejillas puede observarse una hiperplasia inflamatoria, la cual puede a veces alcanzar un volumen considerable, cuando los dientes posteriores están colocados muy por fuera del reborde alveolar, puede originarse una limitación de los movimientos del músculo buccinador.

Tratamiento.- Se debe eliminar la causa sobre todo algún borde agudo de los dientes, redondeando ó puliendo minuciosamente y retocarse las cúspides que interfieren una oclusión céntrica, en casos de mordeduras persistentes del carrillo, una vez corregida las cúspides, pegar rodillos de godiva sobre los flancos vestibulares de la prótesis para rechazar el carrillo, al cabo de unos días puede eliminarse el rodillo; en casos necesarios deberá realizarse la eliminación quirúrgica del tejido hiperplásico, como también la corrección de la oclusión, en el mejor de los casos una nueva prótesis.

CAPITULO IV

LESIONES INFLAMATORIAS CRONICAS

IV. LESIONES INFLAMATORIAS CRÓNICAS.-

IV.1. Leucoqueratosis Bucal.-

Denominada también puntos blancos por su aspecto, es una afección crónica caracterizada por la formación de placas o zonas blancas, de color blanco anacarado, de consistencia de pergamino y que se deben a la hiperqueratinización de la capa epitelial de la mucosa bucal recubierta por la prótesis; de tamaño muy pequeño, apenas algunos milímetros, muy sensible algunas veces, o totalmente indoloras otras, debe interpretarse como verdaderos callos en respuesta a la acción mecánica de los aparatos. Tienen tendencia a remitir espontáneamente o a través del desgaste del borde de la placa causante de esta lesión. No se ha señalado con fundamento tendencia alguna a degeneración maligna.

IV.1.1. Leucoplasia.-

Son inflamaciones crónicas parecidas a la leucoqueratosis pero en un estadium mas avanzado cuya sintomatología varia notablemente de la Leucoqueratosis.

Desde el punto de vista histologico la leucoplasia puede ser:

PARAQUERATOSIS

HIPERQUERATOSIS SIMPLE Y COMPLEJA

HIPERPARAQUERATOSIS

PAQUIDERMIS ORALIS

QUERATOSIS FOCAL

Etiología.- Existencia de causas locales y generales, es necesario que ambos factores estén asociados para originarla. Sin embargo cuando los factores locales son persistentes y de gran intensidad puede aparecer leucoplasia sin que pueda demostrar causas generales.

a) Factores Generales o Sistémicos Predisponentes.-

- Herencia, los factores actuarían en un huésped susceptible y la herencia juega un rol en la determinación de la susceptibilidad o resistencia individual para el desarrollo de la leucoplasia.
- Alteraciones hormonales, hipovitaminosis A y B, Vit. C.
- Deficiencias estrogénicas.
- Galvanismo.
- Candidiasis.
- Sífilis (glositis atrófica) y anemias.

b) Factores Irritativos Locales Externo.-

- Mecánicos, irritación local crónica de las placas mal adaptadas.
- Químicos, tabaco (hábito de fumar, enjuagatorios bucales)
- Físicos, frío, acción de los rayos solares.
- Comidas irritantes, especias.
- Vinculadas a dientes y prótesis.

Los problemas oclusales incluyen una variedad en que la mucosa bucal, la lengua o la mucosa del labio inferior esta irritada constantemente por los dientes; las piezas dentarias mandibulares y maxilares no mantienen una relación armoniosa en una línea oclusal normal y los dientes raspan la mucosa durante la masticación.

Los problemas oclusales pueden referirse a hábitos oclusales traumáticos, dientes con borde incisal muy afilado o en mala posición y la operatoria deficiente.

Características Clínicas.- Son lesiones blancas de tamaño, forma y consistencia diversos. Pueden ser delgadas casi transparentes o gruesas y rugosas, semejantes a la piel, como también presentarse plana o elevada; puede ser fisurada, áspera o lisa asintomática, puede aumentar de tamaño a veces se presenta como úlcera; duración variable; con frecuencia están pigmentadas por tabaco, café u otras sustancias.

No se desprenden por frotamiento, presión o raspado con espátula o abatidor de lengua de madera. Para una mejor comprensión estudiaremos la clasificación de la lesión referente al tamaño, localización y apariencia clínica.

Lesiones Iniciales.- La lesión puede aparecer rojiza, con un área finamente granular de tonalidad agrisada o gris blancuzca y tornarse más granulosa de límites difusos continuándose con la mucosa anormal.

El área central puede ser mas blanca de márgenes grisáceos para finalmente confundirse con el rosado normal, es característico de la mucosa yugal y bordes laterales de la lengua.

En el paladar duro puede observarse eritema alrededor de los conductos de las glándulas palatinas mucosas. La mucosa palatina se ve normalmente fisurada con elevaciones y concavidades, que aunque leve dá la sensación de ser densa y plegada se la denominó estomatitis nicotínica o paladar del fumador, ya que dependen primariamente del hábito de fumar.

Lesiones Moderadas Difusas.- En el paladar las lesiones se forman progresivamente más granulares en textura y tiene una configuración papilar alrededor de los conductos de excreción de las glándulas salivales que se distienden e inflaman, esta lesión palatina puede llamarse leocoplasia papilar y las áreas papilares son claramente separadas por elevaciones o fisuras severas difusas.

Lesiones Severas Difusas.- Son lesiones gruesas y con aspecto semejantes al cuero, firmes, duras y frecuentemente verrugosas en áreas localizadas. Este tipo de lesión con frecuencia lleva a alteraciones malignas, se observa a veces áreas de erosión, además de las zonas blancas o grises.

Lesiones Iniciales Localizadas.- Se presenta una zona de decoloración localizada rosado blancuzca a nivel del pliegue mucolingual. En el piso de la boca, la mucosa yugal y otras áreas, los márgenes son difusos y no se hallan indurados.

Lesiones Severas Localizadas.- Las placas blancas induradas bien demarcadas, elevadas y con una superficie rugosa, pero las alteraciones superficiales son usualmente de textura áspera y granular, puede observarse fisuras profundas y erosiones con áreas en las que la mucosa aparece ulcerada ocasionalmente proliferaciones de tipo verrugoso, pueden presentarse áreas de color marrón, aunque la lesión es de color blanco, este tipo de lesión se presenta frecuentemente con degeneraciones malignas y se dan como un área de proliferación de tejido o como zona de inducción aumentada.

Sintomatología.- Los síntomas de la leucoplasia son vagos, áreas con lesiones leves son por lo general asintomáticas y son descubiertas en los exámenes odontológicos de rutina o una leve sensación de picazón sobre todo si el órgano afectado es la lengua también puede aparecer una sensación de sequedad bucal en lesiones difusas en leucoplasias severas la enduración produce la pérdida de la movilidad normal del tejido y este hecho lleva a una disminución de las molestias en relación con aquellas producidas por la lengua; la superficie áspera también conduce a ciertos hábitos como frotar la lengua sobre la leucoplasia.

Localización Habitual.- La leucoplasia puede presentarse en cualquier lugar de la mucosa; los lugares de mayor frecuencia son la mucosa yugal, el reborde residual, paladar duro, lengua, labios, encía. El paladar blando y el piso de la boca, están corrientemente menos comprometidos.

El paladar duro es un sitio común debido a la irritación y los hábitos orales que también interfieren para que se presente en la mucosa yugal a la altura de la línea de la oclusión, como también se presenta en los fumadores de pipa.

Incidencia.- La lesión es mas frecuente en la edad adulta, sobretodo durante y después de la cuarta década. El sexo predominante es el masculino, la relación entre hombres y mujeres es de 2:1.

Características Microscópicas.- Desde el punto de vista histológico, la hiperqueratosis simple es un aumento de las capas superficiales o corneas, lo que confiere la textura áspera y el aspecto blanco. Según la lesión, la queratina consta de unas pocas capas de espesor o varias, al punto que el espesor de la paraqueratina o la queratina es el mayor que el de todos los demás estratos del epitelio.

La hiperqueratosis con disqueratosis, en cambio contiene otras alteraciones celulares. Además de hiperqueratosis, en el epitelio hay cambios celulares neoplásicos. Lo único que falta para denominarla cáncer es la invasión del tejido conectivo.

En razón de estos trastornos, la hiperqueratosis con disqueratosis y la disqueratosis son consideradas como malignas. Hay modificaciones epiteliales evidentes e irreversibles, de modo que en algún momento futuro probablemente la lesión se transforme en una neoplasia. No sabe cuál es el plazo que tarda en producirse la

alteración final. Estadísticamente, un porcentaje significativamente elevado de lesiones disqueratósicas se tornan cancerosas si se deja sin tratamiento. Por ello es tan importante diagnosticar esta lesión.

Diagnóstico.- El diagnóstico de leucoplasia se hace sobre la base de la observación clínica, el grado o tipo de leucoplasia y la posibilidad de una lesión premaligna puede ser determinado concluyentemente, sobre la base de un estudio microscópico.

Para establecer el diagnóstico es necesario la biopsia porque a veces el cuadro clínico puede sugerir una lesión premaligna o displásica, pero solo la biopsia puede confirmarlo.

Diagnóstico Diferencial.- Existen varias lesiones que deben considerarse en el Diagnóstico diferencial de la leucoplasia. Estas pueden ser:

Liquen plano, lupus eritematoso discoide, carcinoma espinocelular, candidiasis, psoriasis, quemaduras químicas, parches mucosos sifilíticos; clínicamente probable es que el liquen plano sea la lesión más importante a considerar.

Tratamiento.- En cuanto a la terapéutica, la remoción de los irritantes locales deben ser de importancia fundamental como ser los irritantes dentales, dientes con filos y obturación deficientes deben ser corregidos, el hábito de fumar debe ser reducido, es bien sabido que una prótesis protegerá a la mucosa del paladar porque crea una barrera física a la irritación, por esta razón no hay contra

indicación en colocar una prótesis bien rebasada sobre las áreas de una leucoplasia palatina.

En la mayoría de los casos la leucoplasia cura, siempre que esta sea una variedad hiperqueratósica simple. Cuando hay hiperqueratosis con disqueratosis se eliminara la lesión. Para ambas se realiza la remoción quirúrgica de la lesión blanca, debe vigilarse toda lesión y se hace biopsia para precisar su tipo microscópico; microscópicamente se asemejan ambas, el 10% de las leucoplasias son disqueratosis y el 90% son lesiones hiperqueratósicas.

IV.2. Estomatitis Protética.-

En una inflamación crónica congestiva que suele aparecer en la mucosa de soporte protético, generalmente la palatina por lo que se denominó palatitis congestiva, inflamación subplaca, en contacto desde largo tiempo con las bases protéticas, sean parciales o totales; de acrílico o de metal y que se manifiestan en la superficie de asiento.

Aspectos Clínicos.- Clínicamente la inflamación comienza con una congestión en algunos puntos de la mucosa, se presentan por lo general múltiples focos de hiperemia del tamaño de la cabeza de un alfiler, estos puntos van extendiéndose, llegan a confluir y la congestión puede alcanzar a toda la mucosa recubierta por la prótesis que por lo regular afectan al maxilar superior. La mucosa que se encuentra bajo la prótesis dental se vuelve extremadamente roja, hinchada, lisa o granular y a veces dolorosa, el tono rojizo

puede hacerse vinoso, se distingue un punteado más oscuro por descamación de la mucosa y transparencia de las papilas coriales congestionadas, en unos casos la mucosa aparece como aplastada; en otros, parece espesarse tomando una apariencia esponjosa y elástica.

En ocasiones el aspecto nodular, granuloso o granulomatoso, casi siempre en el centro del paladar lo que se debería a hiperplasia de las papilas originando el nombre de hiperplasia papilar o papilomatosis que se estudiará mas adelante. Un pequeño número de pacientes se queja de una sensación quemante o de picazón que abarca generalmente la mucosa palatinica y la glotis, la inflamación varia en intensidad, puede localizarse en áreas aisladas o abarcar toda la superficie de apoyo.

Etiología.- Estomatitis por dentadura debe considerarse un complejo sintomático que pudiera resultar de diversos factores causales: Generales y Locales.

IV.2.1. Factores Generales.-

Cualquier enfermedad que disminuya la resistencia de los tejidos de la boca para que los factores locales puedan ser causa primaria o secundaria del desarrollo de esta estomatitis.

Las enfermedades generales que puedan acompañarse de estomatitis son muchas y casi siempre representan uno de los factores etiológicos, son frecuentes las deficiencias nutritivas de tipo

subclínico o crónico en la edad en que los pacientes suelen quedar desdentados, las deficiencias nutritivas del complejo vitamínico B, son relativamente frecuentes que se manifiestan por muchos cambios en las mucosas, estas pueden tener aspecto granuloso purpúreo. El paciente quizás se queje de una ligera sensación de quemadura, estos tejidos no toleran bien ni una dentadura "Técnicamente ideal".

Si los tejidos de la boca se observan de color rojo con cambios linguales atróficos, intensos, y a veces queilitis angular, probablemente la deficiencia nutritiva guarde relación con la del ácido nicotínico también se debe tener en cuenta que todo paciente que presente hiponutrición de complejo B debe pensarse en hiponutrición asociada latente o crónica de vitamina C, la estomatitis también puede ser un síntoma temprano en paciente con anemia secundaria o microcítica de cualquier causa.

En lo pacientes con diabetes la resorción de los tejidos óseos que sostienen la dentadura se produce rápidamente en el diabético no controlado, esto puede reflejarse en un movimiento excesivo de las bases dentales seguido de irritación de la mucosa, también los pacientes que presentan cardiopatías en los cuales hay acumulación de líquidos en los tejidos, hay cambios de retención en las dentaduras, estos cambios tisulares son mas notables y clínicamente significativos cuando existe una descompensación cardíaca.

IV.2.2. Factores Locales.-

En cuanto a los factores locales ha dado lugar a múltiples discusiones, la afección de origen claramente protético puesto que no se observa en el maxilar no tratado protéticamente, puede aceptarse de un modo general que hay tres teorías al respecto: la teoría química, la infecciosa y la mecánica.

Teoría Química.- Para los defensores de la teoría química o teoría tóxica, la afección se produciría exclusivamente en contacto con placas coloreadas con agentes tóxicos, en especial con el cinabrio o bermellón (óxido rojo de mercurio) colorante habitual del caucho rojo, y que sería el causante casi exclusivo de esta afección; el bermellón sería capaz de descomponerse en la boca dejando mercurio en libertad, el cual provocaría una verdadera estomatitis mercurial, que es lo que vendría a resultar en definitiva para este punto de vista, la enfermedad del caucho; Actualmente se cree que el monómero (metacrilato de metilo) del acrílico es tóxico, y prótesis mal curadas, sobre todo cuando no se hace hervir el tiempo requerido, se empaqueta a destiempo, o los rebasados endobucales.

Teoría Infecciosa.- Sostenida por la mayoría de los patólogos y protesistas, atribuye la inflamación subplacas fundamentalmente al mal estado higiénico en que las placas colocan la boca, que favorece la multiplicación bacteriana por una parte y puede debilitar la resistencia orgánica, por la otra Cahn y posteriormente Proctor atribuyeron elevada proporción de estomatitis protética a la infección de la mucosa palatina por un

hongo, monilia o *Candida albicans*, clasificando la afección como una moniálisis o candidiasis(o candidosis).

Como este hongo se encuentra con frecuencia en bocas sanas; provistas o no de prótesis (en 40% de las bocas normales)y 90% de los pacientes con estomatitis con prótesis total.

También mostraron que la falta de limpieza en la prótesis dental se asociaba con una inflamación intensa.

Renner y colaboradores hicieron notar que este trastorno es una enfermedad multifacética en la cual el parasitismo por *Candida albicans* puede ser un factor extremadamente importante que a menudo se asocia con otras contribuciones mayores, por el trauma total y el continuo uso de esta, los malos hábitos de higiene bucal y tal vez, alteraciones dietéticas y sistémicas.

Teoría Mecánica.- Que es la mas aceptada explica la inflamación subplacas, originariamente, como producto de la irritación de la mucosa por el frote de las bases de caucho ya que se trata de bases rugosas y porosas debido a que eran vulcanizadas directamente sobre el yeso (no se utilizaban aisladores) reproduciendo de esta manera todos los poros del yeso y reproducían directamente líneas, ralladuras o superficie áspera pero la inflamación desaparecía al forrar las bases con papel de plata o de estaño capaces de ejercer sobre la mucosa una acción como de rallador, durante cada uno de los pequeños desplazamientos de la masticación.

Nyquist estudió que los factores traumáticos de una prótesis no están en su acción de rallador, porque también se produce cuando falta estabilidad en las prótesis, oclusión central desequilibrada, base mal ajustada, articulación no balanceada, falta de soporte, retención y adaptabilidad; La otra teoría mecánica enunciada por Newton supone que la estomatitis pudiera deberse, por lo menos en muchos casos, a la obstrucción de la desembocadura de las glándulas palatales, sea por hiperqueratinización, a veces el perfecto ajuste de la base y la afección se presenta por un punteado rojizo a nivel de la desembocadura se considera otra teoría física la que atribuye la enfermedad del caucho, en gran parte por lo menos a la mala conductividad térmica de la base y el abrigo a los cambios de temperatura que ella produce.

Las lesiones o la irritación por traumatismos de las zonas que sostienen las bases son las causas más frecuentes de esta estomatitis, Nyquist estudio el problema ampliamente y comprobó que la inmensa mayoría de pacientes con este proceso clínico presentaban una o más causas de irritación traumática.

La Falta de estabilidad de las bases de una dentadura, resultantes de una impresión inadecuada con retención insuficiente, o una falta de los dientes antagonistas en el curso de los movimientos de los maxilares, existía siempre en estos pacientes, las causas más frecuentes de irritación traumática eran relaciones inadecuadas e interferencias con la oclusión.

Y por último llegamos, en realidad a la confluencia o unión de las tres teorías, que contradictorias en apariencia, no lo son en el fondo para la mayor parte de los protesistas la teoría mecánica es la primera seguido por la infecciosa y en algunos casos las químicas, casos acrílicos malcurados.

Sintomatología.- La mucosa se torna congestiva en algunos puntos por lo general es asintomático y una gran parte de pacientes no advierten su afección, es común una intensa sensación quemante o de picazón y pocas veces acusa dolores.

Localización habitual.- La inflamación varía de intensidad, puede localizarse en áreas aisladas o abarcar toda la superficie de asiento, tiende a producirse mas a menudo en el arco superior que el inferior.

Incidencia.- Nyquist observo esta estomatitis es mas frecuente en pacientes adultos y sobre todo del sexo femenino, no comprobó correlación con la menstruación, según la experiencia del autor, esta estomatitis se observa mas frecuentemente en pacientes de mediana o de edad avanzada. Massler ha sugerido que la capacidad de las mujeres posmenopaúsicas para llevar dentaduras depende mucho del estado nutritivo y del equilibrio hormonal.

Tratamiento.- Determinada la causa que produce la estomatitis protética y estableciendo que existen factores locales como generales se procede al tratamiento de esta afección bucal, tomando medidas preventivas de acuerdo a las enfermedades generales

productoras de esta enfermedad como ser hiponutrición, anemia perniciosa, etc.. El tratamiento de la afección general debe marchar concomitante con el local, en toda estomatitis esta indicada la penicilinoterapia o la aureomicinoterapia.

Para el tratamiento local se recomiendan los siguientes procedimientos clínicos que se emplean aisladamente o combinados de acuerdo con la gravedad de la afección.

a) Higiene Bucal y Protética.-

Es importante recomendar al paciente un cuidadoso aseo de su boca y de la prótesis acompañado por el descanso de los tejidos. Los tejidos irritados y dolorosos de estos pacientes suelen responder bien cuando se suprime la causa de irritación.

Actualmente no es aconsejable el retiro de la prótesis, gracias al uso de acondicionadores de tejidos y eventualmente el descanso nocturno. Los recientes perfeccionamientos de estos materiales incluyen la retención durante semanas por la elasticidad del material, estabilidad dimensional adecuada y una excelente unión con la base protética de resina. Cuando una prótesis requiere reajuste, las quejas del paciente y/o evaluación protética bucal del odontólogo generalmente indican una retención deficiente de la prótesis.

A menudo se observa una hiperemia variable de la mucosa, que a veces es acompañada por sitios dolorosos en la mucosa de soporte protético. Se examina la prótesis para determinar la necesidad de una reducción periférica y/o la extensión del sellado palatino posterior que se lleva a cabo con pasta de modelar, a veces se requieren 3 toques de compuesto de modelar en la superficie de impresión de la prótesis para restablecer una relación oclusal adecuada y/o una corrección de la orientación del plano oclusal. Se coloca un forro terapéutico dentro de la prótesis. Este fluye uniformemente para cubrir la totalidad de la superficie de ajuste y los bordes periféricos de la prótesis.

Por lo tanto el tratamiento con acondicionador de tejidos no está generalmente indicado si la prótesis puede ser convenientemente retirada de la boca durante periodos variables antes del rebasado.

Por otra parte, el uso de estos materiales para tratamiento de tejidos, con el fin de estabilizar la prótesis, está solo indicado con fines de tratamiento.

b) Técnicas de acondicionamiento.-

- La prótesis debe ser limpiada, corregida si lo necesita, en su extensión, articulación y adaptación.

- Si la prótesis tiene socavados retentivos y el tratamiento final que se propuso es el rebasado (se debe desgastar la base para no tener problema al separarla del modelo).
 - Adiestrar al paciente a morder en oclusión central.
 - Mezclar el material acondicionador en un pote de acuerdo con las instrucciones del fabricante, hasta obtener un líquido espeso, adhesivo que de inmediato empiece a tomar consistencia.
 - Durante la fase plástica se carga la prótesis y se lleva a la boca profundizando primero con la mano y en el momento final, mediante la oclusión central con suave presión. Se puede retirar para agregar material si falta en algún sitio o aún redistribuirlo, llevando nuevamente a la boca, hagase movimientos de delimitación, traccionando las mejillas y haciendo sacar la lengua.
 - Se retira una vez más y se cortan los excesos, debe dar la imagen de un correcto rebasado.
 - En la siguiente visita, el paciente presenta una notable mejoría al retirar la prótesis, puede observarse algún nuevo desplazamiento, a menudo el recobramiento es bueno, se retira el material endurecido con un raspador, para realizar una nueva aplicación general, bastan tres aplicaciones, rara vez más para obtener una mucosa sana.
- c) **Terapia Fungicida.**- Se instituye después de una verificación efectiva de infección cándida, mediante frotis palatino, se realiza el tratamiento antimicótico, por lo general es suficiente nistatina, grageas tres veces al día

durante 14 días disolver en la boca. También se usan pomadas antiinflamatorias o antialérgico como el Tructum, Virusan o el Virusmerz-gel, o tópicos como la Fenofucsina, Piralvex y enjuagatorios bucales, como el Bucodent, Bucoaseptil.

Las Prótesis que no son rebasadas con material acondicionador, se las mantendrá impecablemente limpias y puede usarse un agente con una mezcla de enzimas o el uso de una solución al 2% de gluconato de clorexidina o masaje gingival con un cepillo o dedos.

Si no se renuevan las prótesis, las viejas se deben esterilizar a diario sumergiéndolas en una solución de nistatina durante toda la noche durante el periodo de tratamiento.

La mayor parte de los pacientes con estomatitis desarrollada han sufrido tal resorción alveolar que las zonas de sostén de las dentaduras estan formadas principalmente por tejido fibroso móvil y esponjoso. (Este tejido hiperplásico y granulomatoso; debe suprimirse quirúrgicamente y hay que obtener una base firme para las nuevas dentaduras).

Cuando se preparan nuevas prótesis deben obtenerse impresiones fidedignas, que reproducen fielmente las estructuras bucales. Los yesos o moldes deben llenarse adecuadamente y hay que asegurar una buena relación central

suprimiendo todas las interferencias de la oclusión, para reducir al mínimo el peligro de recidiva de la estomatitis

IV.3. Hiperplasia Papilar Inflamatoria.-

Es una inflamación papilar crónica indolora caracterizada por la hiperplasia de la mucosa palatina que se halla enrojecida con abundantes proyecciones glandulares o nódulos muy semejantes a una frambuesa, se presenta en el paladar y guarda relación con prótesis desadaptadas, denominada también; hiperplasia papilar del paladar duro, papilomatosis palatina.

La afección comprende cerca del 1,5% de todas las lesiones bucales y habitualmente se presenta en todas las personas edéntulas con prótesis totales o parciales mal adaptadas, sin embargo puede suceder sin causa aparente como también en pacientes dentados que no usan prótesis pero esto es raro.

Etiología.-

- La frecuencia de esta afección es significativamente más elevada en pacientes que llevan sus prótesis durante las 24 hrs. del día, este es uno de los factores más importantes.
- Cuando se usa un aparato el sitio de la lesión corresponde al de la base de la prótesis total y algunas veces sólo a la cámara de alivio.
- En el primer caso se refiere a las prótesis mal adaptadas que permiten irritación por fricción debido a la elaboración

inadecuada. El ligero movimiento de la dentadura que originalmente quedo mal adaptada; o una dentadura suelta resultante de la resorción alveolar a consecuencia de la masticación de alimentos o de “jugar” con la dentadura origina irritación de los tejidos contiguos a la superficie palatal de la dentadura.

- En el segundo caso las lesiones suelen tener límites bien definidos que coinciden con la posición de las cámaras vacías, se producen cuando las zonas de alivio son profundas y netamente limitadas.
- Algunos consideran que la irritación crónica resultante de la acción alternativa del vacío creado debajo de la prótesis provoca la respuesta inflamatoria papilar.
- Las deficiencias higiénicas es otro factor causal importante ya que favorece la acumulación de restos de alimentos entre las papilas, dando lugar a una infección secundaria por *Candida albicans*.

Características Clínicas.- La afección se inicia generalmente en el centro del paladar para de allí extenderse lentamente en forma de numerosas proyecciones pequeñas y edematosas o como una sucesión de nódulos muy semejantes a una frambuesa que miden aproximadamente no más de 2 a 3 mm. de diámetro separados por fisuras de 2 a 3 mm. de profundidad de coloración roja muy cercanas unas de otras que afectan a casi todo el paladar duro y le dan un aspecto verrugoso. El tejido muestra grados variables de inflamación pero rara vez existe ulceración.

No se ha señalado caso alguno hasta ahora de derivación epiteliomatosa pese al aspecto alarmante que puedan presentarse de ahí que la lesión se conserve bajo las prótesis sucesivas con alguna tendencia a reducirse si estas poseen buen ajuste o por el contrario, ha acrecentarse si las prótesis son o se hacen defectuosas en ajuste y articulación.

Sintomatología.- Esta afección aparece casi siempre en antiguos portadores de prótesis, sin que estos sientan y tengan conciencia de la misma, pues no les ocasiona molestias, tampoco dolor.

Localización Habitual.- El sitio más común es la mucosa palatina del paladar duro, aunque las lesiones se pueden extender en la mucosa alveolar del maxilar y en ocasiones esta afectada la mucosa alveolar mandíbular.

Incidencia.- Puede presentarse en cualquier edad, en el adulto y no tiene una predilección definitiva por algunos de los sexos.

Características Microscópicas.- Los cortes microscópicos revelan numerosos crecimientos papilares, cubiertos por epitelio escamoso estratificado hiperplásico y por lo general no queratinizado.

Este epitelio no muestra disqueratosis pero puede localizarse profundamente en el tejido conectivo subyacente, a su vez, éste último presentaba una infiltración plasmocitaria y linfocitaria densa.

Diagnóstico.- Al iniciar el diagnóstico es importante una buena observación clínica principalmente del pequeño espacio que queda entre la base de la dentadura y los tejidos blandos, tomando en cuenta que esta afección se disimula con frecuencia con una película mucosal espesa, es necesario limpiar cuidadosamente este sector.

Diagnóstico Diferencial.- Es de mucha importancia para establecer las enfermedades que aquejan al paciente comparar los síntomas con los de otras enfermedades para no confundirse.

Se debe establecer que la hiperplasia sería solo un grado más avanzado de la estomatitis protética; ocasionalmente se ve un tipo granulomatoso de inflamación del paladar; no se la debe considerar como una lesión completamente inocua, realizar el diagnóstico diferencial con las siguientes enfermedades, monialisis, las lesiones alérgicas que se caracterizan por no ser vegetantes; con los pacientes respiradores bucales que normalmente tienen paladar ojival. Con los epitelomas que son de naturaleza maligna y no están totalmente por debajo de las prótesis.

Tratamiento.- El tratamiento consiste en el retiro inmediato del aparato protético, recomendando al paciente una terapéutica local. Realizando una higiene bucal adecuada y descanso de los tejidos durante varias horas del día, preferentemente en las noches, como también un masaje de los tejidos blandos con un cepillo de dientes o con los dedos con cremas o ungüentos que contengan corticoides para la inflamación. Las lesiones tempranas pueden curar si se

quita temporariamente el aparato protético. Si la lesión no remite es preferible la remoción quirúrgica de la misma antes de realizar una nueva prótesis, lo cual hace que la boca regrese a su estado normal.

Esta afección es exclusivamente de la mucosa, el hueso no está afectado, aún cuando pudiera sufrir de atrofia. La cirugía más fácil y más conservadora, después del pretratamiento para la disminución de la inflamación, es a menudo la electrocirugía y la crioterapia es necesario inmediatamente después del tratamiento quirúrgico realizar un rebasado provisorio con acondicionador de tejidos y cambiar semanalmente hasta que haya terminado la epitelización.

Esta lesión, en virtud de su morfología actúa como un excelente nido para la acumulación de la placa y el crecimiento de hongos. Si se llegara a extender ocasionalmente hasta sobrepasar la unión del paladar duro con el blando, se procederá con mucha cautela al escindirlo, pues la formación de una banda cicatrizal en esa zona interferirá seriamente con la ubicación del sellado palatino posterior. Finalmente es necesario la construcción de una nueva prótesis tomando en cuenta realizar una técnica minuciosa en la confección del aparato protético después de esperar 6 a 8 semanas de la cicatrización.

IV.4. Hiperplasia Marginal.-

La Hiperplasia de los tejidos blandos alrededor o debajo del reborde residual es el resultado de una irritación crónica de baja intensidad casi siempre asociada al uso de prótesis incorrectamente confeccionadas, sobre todo cuando los bordes se extienden demasiado llega a producir una úlcera, si la prótesis no es corregida la inflamación crónica y el traumatismo constante conducen a la formación de tejido excedente o fibroepitelial de los tejidos por las aletas o bordes periféricos de una dentadura floja.

Recibe varios nombres como ser: Epulis fisurata, Tejido redundante, Fibroma del surco vestibular, Doble labio, Granulomatosis protética.

Etiología.- Su etiología es multifactorial y lo que sigue es una lista de factores causales probables.

- Traumatismo por prótesis; esta en relación directa con una prótesis que traumatiza y se enclava principalmente en el flanco vestibular del reborde alveolar y el surco gingivolabial.
- Las Prótesis inmediatas son las causantes sobre todo por las alteraciones en los alvéolos después de las extracciones.
- Reducción gradual del reborde residual con la consiguiente elevación de la Prótesis.
- Alteraciones de las proporciones relativas de los dos maxilares, se presenta en pacientes con prótesis completa superior y dientes anteroinferiores naturales, sin los

posteriores, cada vez que el paciente ocluye, los dientes anteroinferiores hace que la dentadura superior se mueva en el área anterior y produzca así el tejido hiperplásico.

- El uso prolongado de prótesis desajustadas, hábitos y oclusión no balanceada. Juega un papel importante la tolerancia orgánica y la predisposición a estas reacciones.

Características Clínicas.- Las lesiones varían considerablemente en color y consistencia, de acuerdo a su localización, tipo de irritante y tiempo de evolución. Al principio la acción irritativa crónica del borde de la prótesis da lugar a un proceso inflamatorio que aparece en la mucosa libre que limita el surco en forma de fisuras, erosiones y ulceraciones, el examen clínico pone de manifiesto que esos tejidos por lo común son hiperémicos y están edematizados; por lo que sangra fácilmente y puede haber dolor, denominado por algunos autores, úlceras de decúbito.

La lesión suele agravarse y pasar al estado crónico en forma de pliegue, fisurados rojos a lo largo de los bordes produciendo un épulis de gran tamaño que puede estar ulcerado en forma secundaria, o bien caracterizarse por el desarrollo de rollos alargados de tejidos en el área de los pliegues mucolabiales o mucobucuales.

Dentro de los cuales los rebordes de la prótesis dental ajustan en forma conveniente. Esta proliferación de tejido por lo regular se desarrolla en forma lenta y probablemente es el resultado de una irritación incluso ulceración en dicho pliegue.

Sintomatología.- Estas lesiones al iniciarse originan fisuras por la presión excesiva del borde de la dentadura sobre los surcos bucales dando lugar a las úlceras que son inflamatorias dolorosas; pasado este periodo y cuando se ha producido atrofiación extensa; la dentadura asienta sobre el pliegue mucoso sin causar molestias.

A menudo la Hiperplasia marginal es asintomática, se observa como una lesión sésil o pediculada firme a la palpación que se asemeja al tejido normal a medida que aumenta puede interferir con la retención o función de la dentadura.

Localización Habitual.- Una de las reacciones tisulares más comunes en una prótesis total mal ajustada, es la presencia de tejido hiperplásico a lo largo de los bordes protéticos en las regiones vestibular, lingual o palatina, pero que no se restringe a su lugar, sino que se presenta en muchas zonas donde existe una irritación crónica de cualquier tipo, como ser en la mucosa que es lo concerniente a este tipo de lesión que estamos estudiando y que veremos mas adelante; en el ángulo de la boca, como también en la encía.

Incidencia.- Nordenram y Landt encontraron que hay una incidencia mas elevada de lesiones de hiperplasia en pacientes ancianos (50 a 80 años) y una incidencia mas elevada en mujeres que en hombres.

Como también una frecuencia casi igual en el maxilar inferior y el superior siendo la porción anterior de los dos maxilares, la más común.

Diagnóstico.- En el diagnóstico se debe tener en cuenta la afección según su forma clínica y localización. Saizar lo señala como variedades de atrofia ósea con hiperplasia fibrosa o mucosa. Por eso se estudian como procesos regresivos, en la atrofia cicatrizal como es sabido, suele predominar la reducción de la tabla ósea externa, consecuentemente las prótesis tienden a desajustarse primordialmente en esas zonas y aparece la hiperplasia compensadora frente a los surcos vestibulares.

Diagnóstico Diferencial.- Esta hiperplasia presenta dos formas típicas: La fibromatosa y papilomatosa. La patogenia de una u otra depende al parecer de la velocidad del proceso, de la forma como trabaja el borde protético, de los movimientos funcionales y de los factores de orden general.

La semejanza con fibromas que se presentan en la mejilla, lengua, labio, mucosa palatina y papiloma no solo es clínica, sino también histológica, lo que frecuentemente contribuye a confundirlos.

Se debe tener en cuenta que la hiperplasia marginal es la que esta localizada próxima o en el fondo del surco vestibular, llamado tejido redundante y las que se instalan en el reborde alveolar son llamadas épulis.

El papiloma de células es uno de los tumores benignos mas comúnmente encontrados en la boca especialmente en el paladar, lengua, labios, encía, y carrillo.

Son más significativas en términos de lesiones cancerizables, las hiperplasias irritativas que se instalan en el fondo del surco provocadas por bordes de dentaduras y otros aparatos protésicos que presentan una mayor tendencia a la cancerización que las lesiones similares del paladar.

Características Microscópicas.- La masa hiperplásica de tejido esta compuesta de un volumen excesivo de tejido conectivo fibroso cubierto con una capa de epitelio escamoso estratificado que puede tener un grosor normal o mostrar acantosis.

El tejido conectivo se compone fundamentalmente de haces gruesos de fibras colágenas con escasos fibroblastos o vasos sanguíneos a menos que exista una reacción inflamatoria activa. Esta reacción se ve a menudo en la base de la fisura que está asociada con los rebordes de la prótesis total, en especial si el tejido esta ulcerado superficialmente.

Tratamiento.- El tratamiento depende de su gravedad, en la fase aguda la primera medida indicada es la supresión del flanco protético enclavado en la zona hipertrofiada, luego el acondicionamiento de los tejidos cura radicalmente muchos casos y mejoran los graves, si ésta es de gran volumen se deberá retirar la prótesis durante 15 a 20 días y la lesión regresara a su carácter

normal. En el período crónico su tratamiento es exclusivamente quirúrgico. Por último, las prótesis deben ser correctamente rebasadas, corrigiendo la articulación o quizás en la mayoría de los casos confeccionar una nueva prótesis bien adaptada, con gran cuidado para obtener relaciones céntricas correctas y establecer un buen equilibrio oclusal, ayudar a conservar la integridad de los tejidos que sostienen las dentaduras, reducir al mínimo la posibilidad de que se repita una lesión similar. Con prótesis correctas no hay tendencia a la recidiva.

IV.5. Queilitis Comisural.-

Llamada también queilitis angular, estomatitis comisural, perleche; es una inflamación localizada en las comisuras bucales en forma de boqueras crónicas que se presenta generalmente en desdentados o en portadores de prótesis con una altura reducida pero también puede aparecer en dentados con o sin mordida baja.

Etiología.- La queilitis angular es una descripción clínica de una de las enfermedades paraprotéticas más importantes y se producen:

- Por el ajuste o sobre cierre de los labios que se presenta en los pacientes edéntulos o en los que tienen prótesis totales artificiales que carecen de una dimensión vertical adecuada.
- Deficiencia de riboflavina y tiamina es otro factor causante de la queilitis angular acompañada de una infección bacteriana o micótica.

- Cawson demostró que esta afección es por lo general secundaria a una estomatitis protética y comúnmente el resultado de una afección de *Candida albicans* de saliva contaminada por otros microorganismos como estafilococos, estreptococos que se encuentran en las fisuras.
- Por el desajuste de la prótesis acompañada de higiene deficiente.

Características Clínicas.- Se presenta por lo general en pacientes con pliegues profundos en los ángulos de la boca, debido al ajuste de los labios entre sí; parte de la piel próximas a las comisuras forma un pliegue en el que se junta la saliva y se masera en forma de fisura infectándose, generalmente por *Candida albicans* en algunos pacientes pueden formarse áreas granulomatosas.

Lyon y Chick encontraron que la tercera parte de los pacientes afectados de estomatitis protética padecían también queilitis comisural.

Cawson señala 2 tipos de queilitis clínica en pacientes generalmente jóvenes que carecen de surco comisural profundo, la curación es fácil; en aquellos generalmente viejos, con surcos comisurales profundos, la afección suele ser más rebelde. Y efectivamente, los pacientes mejoran considerablemente sanan, al aumentar la altura vertical de las prótesis totales, es decir, abriendo la mordida.

Sintomatología.- La queilitis se presenta como una inflamación dolorosa de las comisuras bucales que por lo general sangra fácilmente al realizar movimientos masticatorios por la irritación de los tejidos.

Localización Habitual.- Como su nombre lo indica se localiza en las comisuras bucales o ángulos de la boca.

Incidencias.- La incidencia es mas elevada en mujeres y portadores de dentaduras. Parece que la edad no afecta su incidencia ni tampoco la duración del período de desdentación. Puede darse en forma uni o bilateral e infrecuentemente es acompañada por la glósitis atrófica.

Tratamiento.- El objetivo general del tratamiento de esta afección es suprimir las causas, casi siempre a base de hacer dentaduras nuevas con dimensión vertical adecuada como medida terapéutica se ha usado pomada secante y protectora a base de óxido de zinc. En los pacientes con queilitis rebelde la restauración de una prótesis con levantamiento de mordida suele curar perfectamente administrándoles riboflavina; por lo que señalaría que la avitaminosis contribuye al mantenimiento de la afección.

Otros medicamentos que han dado buenos resultados son los: antifúngicos y pomadas que contengan quenicetina e hidrocortisona.

CAPITULO V

PROCESOS PARAPROTÉTICOS PROGRESIVOS

V. PROCESOS PARAPROTÉTICOS PROGRESIVOS (Tumores).-

V.1. Relación de la Prostodoncia total con los tumores.-

Si bien toda clase de neoplasias, podrían evolucionar en la vecindad de la prótesis e influir sobre ellas y ser a su vez influidos, para tener una mayor comprensión del tema comenzaremos por definir el término neoplasia o tumor.

Neoplasia es la hinchazón de una parte o formación de tejido nuevo, podría ser inflamatorio, pero con frecuencia es considerado como una neoformación sólida del desarrollo que se proyecta hacia afuera y la mucosa se eleva.

Hay dos categorías esenciales de neoplasias: benignos y malignos, todo tejido que puede dividirse es capaz de generar una neoplasia, reacción básica del tejido a diversos estímulos, cual el mecanismo del crecimiento defectuoso. Así la neoformación puede ser.

- a) **Hiperplasia.-** Si la causa es eliminada, el crecimiento de tejido normal cesa.
- b) **Benigna.-** La proliferación puede ser anormal, con poca desviación de lo normal.
- c) **Maligna.-** Con desviación notable.

Los neoplasmas benignos son mucho más comunes que los malignos y comprenden una gran proporción de las lesiones

bucales más corrientes que se observan y de las que se toma biopsia en el ejercicio de la odontología, sus células se asemejan a las del tejido de origen, suelen ser de crecimiento lento y comprimen el tejido normal a medida que se expanden, por el contrario las proliferaciones malignas son “malas” porque son sumamente lesivas, sus células son atípicas y muy diferentes a las células originales. Prácticamente esto es poco frecuente de tal manera que no constituye un problema de la práctica diaria del odontólogo.

La degeneración maligna es una posibilidad, de todas las alteraciones paraprotéticas que producen irritaciones crónicas, que deben ser constantemente tomadas en cuenta por el profesional, muy a menudo él es la única persona que esta en condiciones de señalar “a tiempo” la verdadera importancia de estas endurecimientos que crecen o de esas ulceraciones que no curan.

Si importante es el diagnóstico precoz para el éxito del tratamiento, es indudable que la contribución que el enfermo puede prestar, al conocer el peligro de esas erosiones traumáticas de la mucosa bucal, el no pierde tiempo en premedicarse contribuyendo a empeorar la situación.

La detección precoz del cáncer bucal o toda sospecha se debe examinar en forma minuciosa, inmediatamente con la ayuda de un especialista, enviando el tejido al laboratorio para su estudio histopatológico.

Etiología.- La causa de cáncer del ser humano es desconocida, son muchos los factores que actúan concertados entre sí para producir un cambio irreversible en el núcleo de las células, de tal modo que si tienen la oportunidad de proliferar crecerán incontrolablemente. Algunos de los factores conocidos como poseedores de un probable efecto en el origen del cáncer son virus, sustancias químicas, hormonas, susceptibilidad familiar, inmunidad, envejecimiento, dieta, sexo, agentes físicos.

Muchos clínicos dentales y oncólogos han considerado las dentaduras mal adaptadas como una causa posible, a veces importante, de procesos malignos en la cavidad bucal, en la mayor parte de ellos se ha desarrollado en una zona donde el borde de una dentadura que se adapta mal ha irritado los tejidos en el surco bucal.

Como resultado de muchas investigaciones el 2% del cáncer bucal es provocado por placas protéticas maladaptadas, debido a que hacían contactos poco ajustados.

De todas maneras el odontólogo debe tener conciencia de que, si el cáncer aparece, generalmente como epiteloma.

Tratamiento.- Variable según el tipo de neoplasia. Los benignos suelen curar por simple eliminación quirúrgica por lo general inofensivos, los malignos son tratados mediante

intervenciones quirúrgicas, radiaciones, quimioterapias o su combinación, es importante la participación de un protesista en la intervención quirúrgica, junto al cirujano, porque ellas suelen ser altamente mutilantes y en muchísimos casos tan solo la prótesis extensa puede aportar los elementos imprescindibles a la rehabilitación del paciente. Como complemento quirúrgico, siempre que sea una contraindicación una prótesis inmediata debe reemplazar a las partes esqueléticas eliminadas, con el objeto de sostener los tejidos blandos en posición y retener las formas faciales con la menor deformación posible durante el proceso cicatrizal.

Después de la excisión supraperióstica en el postoperatorio hay que emplear la prótesis del paciente, o una férula quirúrgica preparada especialmente para cubrir la herida viva.

Esta lesión a menudo es prevenible, se debe recomendar al paciente dejar descansar los tejidos bucales, quitar la prótesis durante varias horas al día preferentemente en las noches. La dentadura debe mantenerse con buena higiene.

El odontólogo no debe limitarse a la confección de la prótesis sino hacer conocer al paciente los peligros que encierra el aparato de que es portador desde el momento en que un roce anormal, un dolor, una inflamación cualquiera hace su aparición en la cavidad bucal debe acudir al odontólogo para ser examinados. Al confeccionar el nuevo aparato debe hacerlo sin cámara de succión.

CAPITULO VI

PROCESOS PARAPROTETICOS REGRESIVOS

VI. PROCESOS PARAPROTÉTICOS REGRESIVOS.-

Dentro de los procesos paraprotéticos regresivos tiende a prevalecer la atrofia de los maxilares que puede definirse como la reducción de los mismos acompañado de pérdida de volumen y peso a lo largo de la vida la que se presenta en diversas formas clínicas y bajo la influencia de variados factores etiológicos. Es un proceso insuficientemente estudiado que en prótesis completa se comprueba porque las "Chapas" van quedando grandes, pero del que no se sabe en realidad hasta donde es un complemento normal de la cicatrización post-extracciones; ni cuando empieza a ser un proceso patológico con individualidad propia de un modo bastante vago, se considera que la atrofia del maxilar, que se produce durante mas o menos el primer año siguiente a las extracciones, corresponde al proceso de remodelado cicatrizal normal y se puede llamar atrofia cicatrizal.

Sin embargo la atrofia suele empezar en la edad media de la vida, con los dientes todavía presentes, originando las dos formas de destrucción alveolar, horizontal y vertical, señalada por los periodoncistas. Muy lenta en unos casos, relativamente rápida en otros, inexistentes en muchos, la atrofia alveolar, se acelera o aparece después de las extracciones y se retarda nuevamente al terminar el remodelado cicatrizal, pero en tanto en algunos sujetos, con o sin prótesis, los maxilares parecen estabilizar durante largos periodos en otros el proceso atrófico no se detiene, pudiendo seguirse o sumarse, sin solución de continuidad, con la atrofia senil.

En sus grados avanzados el proceso atrófico no se limita a las apófisis alveolares, toma también las porciones basilares y puede llegar al conducto dentario inferior o al aplanamiento casi total del maxilar superior, reduciéndolo a débiles laminillas óseas, el esqueleto que separa la cavidad bucal de las fosas nasales y senos maxilares, pudiendo desaparecer la espina nasal anterior. En cambio los tabiques rino y sinubucuales no desaparecen por la aposición ósea por la cara superior. Pero están desplazados hacia arriba un centímetro o más especialmente la región delantera.

La sobrecarga es un factor evidente en este tipo de atrofia de los maxilares comprobándose con frecuencia que los aparatos "graban" sus formas en los tejidos que los soportan; en el lenguaje común a esto se llama asentamiento o encajamiento de las prótesis. Se observa mas claramente en las prótesis parciales y completas de base reducida.

Pero pasada la época de lo que pudiera llamarse periodo de modelado y conforme pasan los meses vemos detenerse del todo o casi la atrofia en algunos maxilares, sin embargo en muchos casos en la mayoría si se los observa con suficiente precisión, el proceso de atrofia no llega a detenerse y aunque mas lentamente que al principio sigue destruyéndose el maxilar, obligando al reajuste o al cambio periódico de las dentaduras como hacen algunos pacientes cuidadosos o sensibles, produciendo una serie de trastornos estéticos y funcionales, que estudiaremos mas adelante, y que es posible comprobar en la mayor parte de los portadores de dentaduras viejas, hemos visto ya, a propósito de la alveolectomia, lo que se sabe del proceso de atrofia cicatrizal "normal", digamos así maxilar y de su modelado, en cuanto a la atrofia no cicatrizal o

patológica de los maxilares desdentados, sus causas igual que los maxilares dentados veremos mas adelante.

Etiología.-

Las causas de la atrofia son numerosas, aunque no bien conocidas, Sharry ha hecho una buena revisión de aquellos que son de orden general, tenemos que enumerar todas aquellas poco conocidas capaces de actuar en los maxilares con dientes y que originan la parte endógena de la paradentosis, hay que pensar que hechas las extracciones y suprimidas con ellas las causas locales por piorrea, la causa general seguirá actuando, entre estas causas se concede especial importancia a todas las que pueda perturbar el metabolismo del calcio, especialmente avitaminosis, trastornos endocrinos particularmente del aparato tiro paratiroideo.

Entre las causas generales, tendríamos en primer lugar, el grado de calcificación del maxilar que pueden dividirse en hipercalcificados, hipocalcificados y normales según el grado de calcificación, este grado de calcificación puede diagnosticarse por su opacidad radiografica. En los hipercalcificados la estabilización porstextracciones seria pronta, pudiendo calcularse mucha duración de las dentaduras en servicio, mientras que los hipocalcificados serian los destinados a una reabsorción mas o menos rápidas.

Pero las causas locales más importantes de reabsorción son sin duda las dentaduras artificiales. Las dentaduras inadaptadas y malbalanceadas suelen convertirse en factores irritativos, que

terminan por inflamarse, los tejidos blandos y provocar una hipertrofia de estos conjuntamente con atrofia del hueso, tendríamos como causa local. Lo que Page ha llamado "falta de estímulo" que explicaría porque suele ser mayor la reabsorción en los maxilares al descubierto que en aquellos cubiertos por una dentadura bien equilibrada.

Los factores etiológicos de la atrofia fueron modificados ligeramente por Atwood en grupos. Saizar clasifica para una mejor comprensión en 5 grupos. Anatómicos, metabólicos, funcionales, protéticos, añadiendo a los propuestos Atwood un quinto grupo los quirúrgicos.

a) Factores Anatómicos.-

Son aquellos que se relacionan con la forma y estructura de los maxilares, el volumen óseo tiene importancia no solo porque la cantidad de hueso para resistir el proceso atrófico, es mayor sino también; porque es mayor la cantidad de esqueleto que sirve de fundamento a los procesos de reabsorción y neoformación.

La densidad ósea tiene un valor mecánico similar habiendo mayor cantidad de calcio en el hueso denso, se comprobó que la rapidez de la atrofia ósea es inversamente proporcional a la densidad del hueso como también depende del tamaño, uno grande se atrofia más.

b) Factor Metabólico.-

Depende de la calidad biológica del hueso que es fundamental como decía Erausquin, el hueso no se destruye a hachazos, sino por un proceso de descalcificación bioquímico acompañado por neoformación. En tanto predomina la descalcificación sigue la atrofia; establecido el equilibrio; no hay atrofia.

La edad tiende a influir desfavorablemente puesto que más allá de los 40 años y progresivamente mas en los mayores tiende a predominar los factores destructivos en el remodelado óseo, llegando a la conocida osteoporosis de los viejos.

Pues suele ser mayor la estabilidad del maxilar desdentado en los jóvenes que en los mayores o adultos, ya que se observó que los maxilares viejos presentaban trabéculas óseas más delgadas y cavidades más amplias, sin embargo se ven grandes atrofias en viejos que conservan excelentes rebordes residuales. No ha podido establecerse una correlación directa entre el estado del hueso periodontal, y la atrofia postdentación después de varias investigaciones se confirmó; que desdentados de origen periodontal; pueden hacer buena estabilización ósea y a la inversa desdentados de origen no periodontal pueden sufrir marcados proceso atróficos.

c) Factores Funcionales y Protéticos.-

Son muy difíciles de separar en el pasado se atribuía la atrofia postdentación a la falta de estímulo funcional originado en la presencia y funcionamiento del diente, se atribuía al masaje protético una importante función antiatrófica. Actualmente no existen evidencias exactas en favor a este punto de vista ya que los investigadores juzgan las prótesis como un factor traumático, "las prótesis juegan un importante papel en el proceso atrófico".

Otros consideran la presión de la base protética sobre el reborde residual sería una violación de la forma natural en que el hueso recibe las presiones. Referente al proceso cicatrizal de los primeros 3 meses, fue diferente en los maxilares dejados al descubierto se observó la reabsorción ósea menor que en los maxilares recubiertos por prótesis inmediata la neoformación ósea significativamente mayor. El problema sigue abierto a discusión, lo que queda demostrado es que todo defecto mecánico de la prótesis mal articulada, adaptación defectuosa, influye desfavorablemente sobre los maxilares.

d) Factores Quirúrgicos.- Influyen notablemente ya que la cirugía obra de 3 maneras:

- En toda la parte eliminada, reemplaza a la atrofia o si se quiere la ha hecho instantánea, se le ha anticipado, sería ventajoso si se limitara a destruir el hueso destinado a atrofiarse.

- Pero la supresión quirúrgica del hueso (generalmente la tabla externa), elimina la base de neoformación ósea, puesto que el hueso nuevo se forma sobre el hueso antiguo.
- La cirugía al eliminar las compactas, deja la mucosa sobre hueso esponjoso que es menos resistente al proceso atrófico.

Características Clínicas.- Las formas clínicas de la atrofia ósea paraprotética pueden relacionarse con la rapidez del proceso de acuerdo a los maxilares cubiertos por procesos, pueden clasificarse en 3 grupos: maxilar de atrofia rápida, maxilar de atrofia lenta y maxilar estabilizado.

Desde el punto de vista estructural puede presentarse en 2 formas: atrofia total y atrofia parcial.

Ambas formas coinciden estrechamente con las atrofas lenta y rápida.

VI.1. Atrofia Total del Maxilar.-

Suele ser de curso lento, consiste como la atrofia paradental total, en que las atrofas del hueso y los tejidos blandos se producen simultáneamente conservando ambos sus relaciones normales. Es una atrofia igual a la atrofia cicatrizal, pero que en vez de detenerse continua indefinitivamente, llegando a veces, a la destrucción total de los rebordes alveolares y hasta parte de las porciones basilares de los maxilares, transformándose en lo que suele llamarse "atrofia patológica". La atrofia total de maxilar puede producirse en

presencia de complicaciones inflamatorias o no, se presenta con mayor frecuencia en el maxilar inferior.

Su origen en algunos casos parece endógeno exclusivamente e independiente de la presencia de aparatos, pero en otros casos por la manera de producirse bajo prótesis mal balanceadas. Parece evidente la influencia de la sobrecarga mecánica. De acuerdo con sus relaciones con la prótesis se presenta bajo dos formas, que se pueden denominar: La adaptada y la inadaptada.

VI.1.1. Atrofia Lenta Adaptada.-

Los tejidos parecen readaptarse dentro de las bases. Las prótesis, emigran en sentido basilar. La altura facial va reduciéndose sin provocar molestias, las prótesis conservan sus ajustes o se aflojan lentamente. El rasgo más característico suele ser el acortamiento de los dientes superiores como consecuencia de la elevación de la prótesis que se observa mayormente en portadores antiguos de prótesis, el aparato puede haber perdido algo de su ajuste. Pero conserva una adaptación satisfactoria y asienta sobre una mucosa que congestionada o nó, no presenta signos de mayor espesamiento.

También se observa una mayor visibilidad de los dientes inferiores. Consecuencia de su mayor ascenso.

VI.1.2. Atrofia Lenta Inadaptada.-

El origen parece endógeno ya que la atrofia sigue su curso a lo largo del tiempo con aparente prescindencia de la acción de la prótesis. Las bases pierden su ajuste hasta hacerse intolerables y la estética se perturba, a pesar de la evidente pérdida de tamaño, los maxilares aparecen normales, con mucosa generalmente rosa pálido, algunas veces tensa y delgada, originando un maxilar duro.

VI.1.3. Atrofia Total Inadaptada.-

Puede presentarse en ambos maxilares, pero con mayor frecuencia en el inferior, que se debe a la menor irrigación de la médula ósea inferior, que no facilitaría el proceso neoformativo.

Tratamiento.- Para todas las formas de atrofia se debe preparar las prótesis tan perfectas como sea posible, en su extensión, adaptación, articulación, vigilar y corregir periódicamente con el rebasado o reajuste articular.

VI.2. Atrofia Ósea con Hiperplasia Mucosa.-

Es una atrofia parcial, caracterizada por hipertrofia de la mucosa se presenta con relativa frecuencia, el paciente vuelve a consultorio porque la dentadura le va quedando grande y retiene cada vez peor, a menudo se la denomina como: "Atrofia ósea con hiperplasia

fibrosa” o “reborde hipérmovil” esta afección se caracteriza por la atrofia del hueso del reborde alveolar y no así de la mucosa que recubre, suele producirse en los casos de atrofia rápida, cicatrizal o no, se observa por lo general después de la rehabilitación con las prótesis inmediatas.

Etiología.- En la producción de esta afección es indiscutible la importancia del factor local:

- La influencia del traumatismo protético es importante.
- El uso prolongado de una prótesis holgada obra como estimulante de la mucosa que se hipertrofia aparentemente, para compensar la atrofia ósea y rellenar el hueso.
- Las alteraciones de las proporciones relativas de los maxilares.
- Las prótesis inmediatas no reajustadas oportunamente, debido a que los alvéolos se alteran después de las extracciones.

La falta de balanceado de la articulación es la mas importante cuando una dentadura articula contra pocos antagonistas, frente al punto de articulación (punto de sobrecarga) el maxilar suele estar reblandecido. Por ejemplo en pacientes con prótesis completa superior cuando los únicos dientes naturales restantes son los anteroinferiores, sin los posteriores, cada vez que el paciente ocluye, los dientes anteroinferiores hacen que la placa se mueva en el área anterior.

Frente a la sobrecarga mecánica, principal causa indudable de la atrofia ósea con hiperplasia fibrosa, la resistencia orgánica parece

desempeñar un importante papel: a veces en dentaduras mal balanceadas no se observan alteraciones debido a una resistencia orgánica excelente y en algunos casos de dentaduras correctamente construidas la atrofia se produce dando lugar a una dentadura mal balanceada por los cambios oclusales que se producen por falta de resistencia orgánica y es posible también que la acción química de la base, el ataque bacteriano, las fermentaciones, la alteración térmica, todos los factores en fin inciden desfavorablemente sobre el maxilar bajo placa, contribuyen a debilitar dicha resistencia, ó el reemplazo de la prótesis, previa eliminación quirúrgica de los tejidos hipertrofiados. Toda extirpación quirúrgica debe seguirse del rebasado inmediato de la prótesis traumatizante o de supresión.

Características Clínicas.- Observando el maxilar se notan zonas de reblandecimiento mas o menos extensas que pueden ser congestivas de tipo inflamatorio afectadas de estomatitis o no. A veces son verdaderos bultos o mamelones fibrosos, en ocasiones de tipo fungoso. Otras veces se presenta todo el reborde residual depresible o movable de lado a lado por falta de armazón ósea se observa mas frecuentemente en el maxilar superior aunque también puede observarse en el inferior.

El paciente no se da cuenta de su mal ya que es totalmente indolora.

Tratamiento.- Consiste en realizar el acondicionamiento de los tejidos, mediante una acondicionador tisular y luego desaparecida la afección se debe tomar en cuenta realizar un rebasado, cuando la

articulación y la estética son satisfactorias y en otros casos el reemplazo de la prótesis previa eliminación quirúrgica del tejido hipertrofiado.

VI.2.1. Alteraciones Posicionales.-

Se presentan como consecuencia de las lesiones paraprotéticas, estudiaremos las mas importantes.

a) Reducción de la Dimensión Vertical.-

Como resultado de la atrofia maxilar la placa superior se va asentando cada vez mas arriba. La inferior debe ir mas alto para ocluir; el maxilar inferior encajado por su parte cada vez mas profundamente en su prótesis debe aproximarse mas hacia la nariz; para llegar a la oclusión central. La cara se hace pues mas corta, el aspecto facial envejece con la consiguiente reducción de la altura.

Como estos cambios son lentos y graduales el paciente se va adaptando insensiblemente, a las nuevas condiciones y por lo general no se da cuenta del cambio, a menudo no los percibe y es frecuente en la atrofia total lenta, en la cual los rebordes residuales parecen trasladarse en sentido basilar.

Pero a veces se originan nuevos trastornos como ser los bordes protéticos justos van quedando sobre extendidos compensados por un estiramiento correspondiente a los

ligamentos e inserciones musculares; pueden irritar la mucosa por frote, originando esos puntos dolorosos, que aparecen de repente en los bordes de una placa a los meses o años de uso y que no sabemos a que atribuir.

Con la subida de los incisivos superiores, la fonética se va alterando, también de donde provienen defectos a distancia en la "F" y las "S", esta ultima se presenta en la mayoría de los portadores antiguos de prótesis.

Con el mayor cierre de los maxilares, la lengua se va llenando de más en más en la boca y esto puede ser el origen de una desagradable sensación de boca llena en cuanto se toma un bocado; al mismo tiempo los labios se ajustan entre si, la boca se ensancha y algunas veces empiezan a aparecer en las comisuras, unas rebeldes raspaduras: queilitis angular.

Estos cambios funcionales repercuten en las articulaciones temporomandibulares que a menudo se adaptan sin mayores inconvenientes sin que el paciente lo note siquiera; a veces pueden presentar dolores violentos y sorderas que son curados al restablecer la exacta dimensión vertical.

Como consecuencia de la atrofia se produce perdida de dimensión vertical originando una mordida baja, también da lugar a cambios anteroposteriores, provocados a nivel

de la superficie oclusal y que se conoce con el nombre dado por Hanau de cambios oclusales en relación central.

b) Cambios Oclusales en Relación Central.-

La atrofia determina que las prótesis migre en sentido basilar en sus respectivos maxilares según se vió y que requieran un mayor cierre para lograr la oclusión; como el cierre es mayor hacia adelante, la presión delantera es mayor y provoca, en consecuencia mayor atrofia anterior. Otra consecuencia es que el plano oclusal tiende a elevarse por delante. Se explican así dos hechos de común observación en los portadores de prótesis antiguas: El "acortamiento" de los incisivos superiores y el característico cambio de posición del plano oclusal, que aparece inclinado hacia atrás y abajo.

Al mismo tiempo, la proyección de la rama horizontal del maxilar inferior hacia adelante trae dos posibles consecuencias además del falso prominentonismo:

- Si la articulación tiene deslizamiento propulsivo fácil, a medida que la rama horizontal se corre hacia adelante arrastra a la placa inferior y los dientes muerden en propulsión cada vez mayor que puede llevar a los incisivos inferiores por delante de los superiores, aún cuando los maxilares siguen ocluyendo en relación central. Por lo general es

fácil, con las dentaduras en la mano ocluir las en la primitiva oclusión central, en la boca solo ocluyen en la nueva.

- Si la oclusión de la dentadura inferior no desliza sino que por el contrario, engrana con la superior, entonces el cambio oclusal puede ser de delantera o la prótesis superior se traslada hacia adelante y arriba, mediante más atrofia ósea con hiperplasia fibrosa, contribuyendo generalmente en estos casos, a una hipertrofia marginal superior.

También pueden verse algunos casos en que el bruxismo provoca reducciones de altura y cambios oclusales en relación central puramente por desgaste oclusal, sin que los rebordes residuales aparezcan afectados. Esto parece más frecuente con los dientes de acrílico.

CAPITULO VII

INTOLERANCIA PROTÉTICA GRAVE

VII. INTOLERANCIA PROTÉTICA GRAVE

Es el conjunto de reacciones que pueden observarse en los portadores de aparatos protéticos como consecuencia de la inadaptación orgánica o mental que impide la incorporación satisfactoria de las mismas en el esquema orgánico.

Es muy variable de un individuo a otro, las dificultades de origen anatómico funcional, orgánico, mental y protético se superponen mezclados con los esfuerzos y reacciones del odontólogo, sin que pueda ser fácil establecer si se trata de intolerancia protética o simplemente de ineficiencia protética, el caso es que el organismo no tolera la prótesis, la instalación no se termina a pesar que en un principio la prótesis es resistida por los pacientes que ven en ellas un signo de decadencia física y que en carácter de cuerpo extraño provoca inevitablemente reacciones en el organismo.

Etiología.- No existen factores causales específicos bien estudiados, aunque frecuentemente son provocados y agravados por los defectos de las prótesis o aún mas por las mismas características de las prótesis que pueden actuar como espinas irritativas, son a veces muy difíciles o imposibles de detectar.

El factor causal está siempre presente en la intolerancia aunque no puede ser el factor iniciador o desencadenante, sino un sobreañadido a consecuencia del largo sufrimiento, que agrava el antagonismo entre el paciente y su prótesis. A ellos hay que agregar los trastornos de la sensibilidad como sensación de boca seca que experimentan algunos

afectados de hipoclorhidria y también algunas mujeres en la edad crítica, a pesar de mantener flujo salival hacen insoportable la prótesis; aún mas grave es la xerostomía.

Características Clínicas.- Es plurisintomático porque su manifestación básica es el sufrimiento físico y mental que no parece guardar proporción con el factor desencadenante porque se manifiesta como reacción contra la prótesis, aún cuando el paciente se sometió con su mejor buena voluntad al tratamiento.

Nunca debe tomarse por intolerancia protética las primeras reacciones por violentas que sean, ni el primer fracaso, ni siquiera el segundo, todo protesista con experiencia sabe que el desconcertante factor ignoto, resulta de la conjunción de factores técnicos que escapan hasta ahora a nuestro dominio, pero no por eso son atribuibles a la intolerancia del paciente, recién desde la tercera prótesis fracasada se debe sospechar de intolerancia protética y que debe diagnosticarse sobre el fundamento de haber agotado los elementos técnicos considerados normales para una prótesis correcta, la mayoría lucha hasta llegar a poseer numerosos aparatos.

Tratamiento.- El odontólogo nunca debe dar por perdido el caso, mientras el paciente quiere luchar, puesto que a la larga puede lograr con suficiente paciencia, habilidad técnica, observación de los síntomas, búsqueda y eliminación de las espinas irritativas y decisión por no omitir esfuerzos de ayuda para la disminución del sufrimiento y la aceptación del o de los aparatos por el organismo, a veces las soluciones son sorprendentes.

El tratamiento médico es imprescindible cada vez que los factores de orden general puedan ser regulados con su ayuda; en la diabetes, la mucosa puede ser frágil y atrofica; ciertas avitaminosis y deficiencias nutricionales, como la de ciertas proteínas y se les debilita su resistencia y vuelven hipersensibles a la mucosa, lo cual es un factor de antagonismo de la prótesis con el buen control neuromuscular imprescindible para el éxito protético y así también los trastornos de la sensibilidad ya indicados. En las personas que consumen salicatos deben suspenderlos por que exacerba la irritabilidad de la mucosa.

En la intolerancia protética se ve una notable mejoría mediante un tratamiento con tabletas de hígado crudo, vitamina B 12 y rivo flavina. El paciente que lucha contra su intolerancia, no debe ser abandonado cuando después de infinitos retoque reajustes, se resuelva dar por fracasada la prótesis, el odontólogo debe reiniciar y volver a un minucioso examen y diagnóstico en el que se incorpora, con la máxima objetividad, la experiencia fracasada.

Esto permitirá formular un nuevo plan de tratamiento que tendrá en cuenta las dificultades vividas, por lo que dará origen a una prótesis diferente a la anterior en muchos detalles. Por último cuando el odontólogo comprende que no puede dar solución procurará poner al paciente a manos de otro colega capaz.

CAPITULO VIII

DIAGNÓSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

VIII. DIAGNÓSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

VIII.1. Diagnóstico.-

Es la parte de la medicina que tiene por objeto distinguir una enfermedad de otra o de determinar la naturaleza de la enfermedad. El diagnóstico del desdentado total comprende 2 fases: El diagnóstico bucal o bucodental y el diagnóstico protético.

VIII.1.1. El Diagnóstico Bucodental.-

Es la síntesis que se obtiene del examen el sujeto concerniente a su estado de salud bucal o bucodental. La base del diagnóstico esta en un examen sistemático del paciente.

VIII.1.2. Diagnóstico Protético.-

Es la síntesis que se obtiene de las características del caso con la ayuda de los mismos elementos que fortalecen el diagnóstico bucal, pero considerados ahora desde el punto de vista protético, es decir de la conveniencia de la prótesis, las cualidades que deberá satisfacer y las probabilidades de realizarla con éxito.

El Exámen del Desdentado Total.- El exámen de cada caso debe ser un procedimiento de rutina, el odontólogo debe mostrarse alerta a la información que el paciente ofrece, cuanto mas aguda sea su capacidad para observarla y mejor su preparación para interpretarla.

Estado General del Paciente.- El estado general de salud desempeña un importantísimo papel en el éxito protético y debe ser considerado con el paciente antes de realizar la prótesis. Lo más importantes parecen ser:

1. Deficiencia de la nutrición.
2. Trastornos incidentes con la edad crítica y los seniles.
3. Estados diabéticos.
4. Estados cardíacos, tensión elevada, o presión alta.
5. Arteriales.
6. Artríticos.
7. Asmáticos.
8. Alergias en general, etc.

Otros trastornos deben ser conocidos por el profesional; para alterar los procedimientos protéticos si fuera necesario y para que esté preparado para algún tipo de emergencia que pueda ocurrir.

Los que ingieren hormonas, extracto de tiroides, digitalina, nitroglicerina y otras drogas, suelen tener problemas especiales que a veces afectan los procedimientos de construcción, así como son causa de dificultades una vez terminada la prótesis.

Se debe preguntar al paciente ¿Qué medicamento toma? Por ej. si consume un tranquilizante como el valium, librium, se sabrá

que trata de algún tipo de tensión nerviosa y que puede presentarse dificultades reales durante la construcción o la adaptación de la prótesis nueva.

La edad es un factor importante, pues las dificultades para adaptarse a la prótesis y manejarse con ellas, suelen ser mucho mayores en los viejos. El sexo la ocupación, la situación social y ambiental inciden en la elección del tratamiento protético y en las probabilidades de éxito.

Es importante descubrir esos problemas de orden general antes de iniciarse el tratamiento de tal forma que los que puedan surgir no se consideren como excusas cuando se produzcan los inconvenientes, ciertamente se impone la consulta con el medico del paciente, antes de emprender ciertos procedimientos quirúrgicos.

Interrogatorio.- Aporta elementos de gran interés no solo para conocer la historia que lo ha traído a su actual condición, sino también para conocer al paciente. Para establecer la comunicación y la confianza, se debe averiguar exactamente cuales son los deseos y expectativas del paciente. Esto se logra mediante la indagación de su historia protética y escuchando atentamente su comentario y quejas.

Examen Extraoral.- Nos fijamos si tiene una simetría facial o presenta desviación del filtrum, nariz, mentón, para saber donde va a quedar la línea media. La clase de rostro

(triangular, cuadrado, circular) y las formas mixtas, color de la piel, colapso facial, especialmente en personas jóvenes, pérdida de altura facial, excesiva movilidad mandibular, la prominencia del mentón. Si hay hundimiento del labio superior, constituyen signos de atrofia avanzada como también el surco nasolabial, aumentan o se hacen mas profundos especialmente en los viejos; si la piel es blanda o seca.

Examen Intraoral.- Se estudiará atentamente el estado de salud de los tejidos bucales, tan pronto se retiren de la boca las prótesis existentes para distinguir entre la lesión causada por las prótesis viejas y las provenientes de procesos subyacentes. Punto por punto debemos examinar todas las características anatómicas, que nos permitan reconocer factores probables de dificultad o utilidad, es preciso anotarlos y completarlos con impresiones, deben también examinarse a la vista y por palpación todos los puntos del maxilar que estarán en relación con la prótesis, (tuberosidades, inserciones, torus, zonas del ah, espacios retromolares, frenillos, fosas retroalveolares, labios, etc.) según los casos.

Mucosa.- Es importante desde el punto de vista de su resiliencia. Pueden ser mucosas tensas, tienen un maxilar duro de dureza realmente pétreo y a veces que absorbe poco y mal los pequeños defectos de la base. Las mucosas resilientes son las mejores. Las mucosas blandas si bien pueden absorber los defectos de las bases resulta difícil de impresionar y dificultan el registro de la relación central.

La Forma de los maxilares.- Pueden ser como las caras: cuadradas, triangulares, ovoides. La forma del maxilar superior corresponde a la forma de alineación del arco dentario que coincide con la forma de la cara y de los incisivos.

Referente al tamaño puede ser grandes, medianos y pequeños, cuanto mayores mas favorables para la prótesis en el maxilar superior, un maxilar grande puede deberse a hipertrofias óseas que perjudican la retención o dificultan la colocación de la prótesis, entonces se procede a la corrección quirúrgica. No es raro que a un maxilar inferior grande corresponda, uno superior pequeño que aumenta con la atrofia, esta divergencia de tamaño trae problemas en la articulación.

Tamaño y Forma de los rebordes residuales.- Deben considerarse en toda su extensión puede ser en la parte delantera y afilado hacia atrás en cuanto a su forma.

El tamaño se clasifica en: Prominente, mediano y atrofiado. Los mas ventajosos son los normales, los prominentes en el maxilar superior, cuando hacen eminencia a los lados pueden impedir llevar el borde la prótesis hasta la zona marginal neutra, trae como consecuencia una disminución de la estabilidad, deficiente adaptación, por lo tanto se hace una corrección quirúrgica haciendo paralelas ambas paredes vestibulares del maxilar una prominencia en la parte anterior

siempre que no sea marcada como para constituir un defecto estético, suele ser ventajoso para la prótesis.

La prominencia en la tuberosidad del maxilar superior y en la parte anterior del maxilar inferior puede impedir la colocación de los dientes artificiales.

Inserción de los Tejidos Movibles.- Se determina levantando los labios o los carrillos con los dedos moviéndolo suavemente o haciendo mover la lengua, esta inserción puede ser: baja, mediana, alta.

La inserción alta en el maxilar es más favorable, la inserción baja de los frenillos centrales y laterales, puede requerir una corrección quirúrgica pero las inserciones bajas en el maxilar inferior son las más favorables.

Zona del Posdaming.- A veces es mucho; otras poco marcado, o ser ancho, mediano y delgado, asimismo presentarse poco, medianamente o muy depresible.

Bóveda Palatina.- Generalmente más dura en su parte central que en el resto, puede ser muy prominente a lo largo de la línea media constituyendo el torus palatino, son más ventajosos los paladares con buena resiliencia ni muy duros, ni muy blandos. Una bóveda plana es desde luego menos retentiva.

Relación Labio Alveolar.- El labio puede ser: corto, mediano, largo, el borde alveolar puede ser corto, mediano y alto. Si hay un labio largo corresponde un reborde corto, para una buena estética el aparato debe ser largo; en un labio corto y reborde largo para una mejor estética se adapta los dientes directamente en la encía.

Lengua.- Es un órgano que interviene en forma predominante en el éxito o fracaso de prótesis completa, puede ser grande, mediana, pequeña, regular y poco movable. En términos generales una lengua alargada y movable es mucho mas favorable que una ancha y poco móvil.

Saliva.- Todos los elementos hacen hincapié sobre la importancia de la cantidad y calidad de la saliva para la retención de la futura prótesis.

VIII.2. Pronóstico.-

Es un complemento obligado e inmediato del diagnóstico, por lo tanto el pronóstico anticipa el futuro. Es importante desde dos puntos de vista:

La posibilidad de éxito protético inmediato y el pronóstico mediato o pronóstico de durabilidad en servicio. En lo que se refiere al éxito son realmente raros los casos en los que no se los puede obtener. Para juzgar la probabilidad de éxito de un caso dado se debe superar la anatomía favorable o no, habilidad técnica y la

tolerancia orgánica que a veces puede estar disminuido en los viejos y el pronóstico es menos claro en ellos.

VIII.2.1. Pronóstico Mediato.-

En cuanto a la durabilidad en servicio tampoco se puede ser categórico, por una parte los materiales protéticos, por otro lado las formas orgánicas no son estables y sus variaciones dependen: del estado cicatrizal de los maxilares, de la acción mecánica de la prótesis y factores orgánicos.

De modo general el pronóstico es más favorable en personas con buenos rebordes residuales, maxilares bien calcificados, y personas jóvenes.

VIII.3. Plan de Tratamiento.

Establecido el diagnóstico, es formulada la indicación del tratamiento, corresponde completarla con un plan, esto es: El momento que solo iniciara las etapas, si las hay, que lo integraran el orden en que se cumplirán y el tiempo que asumirá.

- a) Que la índole aguda, crónica o urgente de los estados que conducen a la prótesis o su renovación es el primer factor a considerar.
- b) Las estomatitis protéticas y otras agudas o crónicas, exigen su curación mediante retiro de la prótesis, rebasado o reajuste

provisional (acondicionamiento de los tejidos). Ver mas detalle en el tratamiento de cada enfermedad.

- c) Los estados quirúrgicos en la zona protética (Hiperplasia, marginales, papilares, hiperplasia mucosa, con atrofia ósea, exigen su tratamiento a la brevedad.

La eliminación quirúrgica se realiza después de un período de reposo prescrito de los tejidos que reducirá el edema. La cirugía es más fácil y conservadora después del pretratamiento. Estas hiperplasias deben ser extirpados quirúrgicamente y eliminado el factor traumático - irritativo para evitar su recidiva, la extirpación puede hacerse por seccionamiento a bisturí o por métodos eléctricos.

Anestesia.- Para el Maxilar Superior:

Región Anterior.- se realiza la infraorbitaria completada siempre por el lado palatino, a veces es suficiente una anestesia local infiltrativa circunscribiendo la hiperplasia.

Región Media y Posterior.- La hiperplasia papilar pequeña puede realizarse con anestesia local, cuando son grandes se necesitan para su intervención la anestesia regional, realizada a la altura de los nervios dentarios posteriores o la anestesia del tronco del nervio maxilar superior a la salida del agujero redondo mayor, en plena fosa pterigomaxilar (vía intrabucal o extraoral), completada con anestesia local (vestibular y palatina).

Para el Maxilar Inferior.- Empleamos la anestesia regional (a la altura de la espina de Spix, completada por vía intraoral, bloqueando el nervio bucal, en la región mentoniana, con anestesia local o a nivel del agujero mentoniano.

Operación.- Una vez anestesiada la zona, se levanta el labio superior en extensión forzada, con el objeto de permitir amplia visión se toma la hiperplasia con una o dos pinzas de Kocher, para describir ampliamente su base de implantación.

Maniobras previas a la sección.- Antes de seccionar la hiperplasia y con el objeto de evitar o por lo menos cohibir prontamente la copiosa hemorragia, producto del corte de los vasos que corren en esa región se recurre a una maniobra que consiste en el pasaje previo de los hilos de sutura, para no perder tiempo después del seccionamiento de la hiperplasia.

Estos hilos (de seda o lino) se pasan con aguja curva, un poco mas arriba de la base de implantación, cada hilo se encuentra separado de su vecino por una distancia de un centímetro.-

Sección de la Hiperplasia.- Con la pinza de Kocher se tracciona la hiperplasia hacia abajo para descubrir ampliamente su base, con un bisturí o corte de tijera se secciona el proceso de derecha a izquierda en toda su extensión y límite procurando no cortar los hilos, se anudan fuertemente los puntos de sutura y con esta maniobra se termina la operación.

Algunas veces es factible reformar la prótesis vieja del paciente para utilizarla como férula de contención, realizando el reajuste con un forro acondicionador de tejido; cambiarlo semanalmente hasta que haya terminado la epitelización, lo cual generalmente requiere de 6 a 8 semanas, es entonces cuando se puede rebasar la prótesis viejas o se confeccionan otras nuevas.

La hiperplasia también pueden extirparse con bisturí diatérmico, solo se necesita una mínima anestesia infiltrativa, se toma el fibroma con una pinza de Kocher y se tracciona hacia abajo, previa extensión del labio para eliminar el proceso en toda su extensión, comenzando por la cara vestibular y luego por la lingual, no es necesario hacer suturas si son pequeños y se siguen los pasos anteriormente descritos.

CAPITULO IX

TRATAMIENTO PROTÉTICO

IX. TRATAMIENTO PROTÉTICO.-

IX.1. Descripción de la Elaboración de una Prótesis Completa.-

Es necesario disponer de los materiales a utilizar: instrumental y por consiguiente el paciente.

IX.1.1. Técnica de Impresión.-

Las impresiones superiores e inferiores para prótesis completas se toman con una gran variedad de materiales y mediante diversas técnicas.

La técnica por usarse para cada paciente se seleccionara sobre la base del diagnóstico de la superficie de asiento y de los tejidos limitantes. El requisito mas importante es que el operador este familiarizado con el material y la técnica que utiliza ya que el valor de la misma radica en la capacidad para poder ofrecerle al cliente, no un simple aparato dental sino un servicio profesional completo. Se procede de la siguiente manera:

La toma de la primera impresión preliminar, anatómica; o de situación superior e inferior.

Se debe seleccionar una cubeta de impresión corriente, si es necesario rebajarla, conformarla para que deje libre las inserciones musculares y no se observe ninguna interferencia. El material de impresión para este caso es de preferencia la

godiva de media fusión por ser un material que por sus propiedades produce el desplazamiento de los tejidos móviles de la cavidad bucal, obteniéndose impresiones sobreextendidas donde se impresiona con bastante nitidez, los tejidos bucales.

Hecha la crítica, las impresiones preliminares debidamente tomadas deben estar bien detalladas y prolongadas para determinar los siguientes puntos de referencia anatómicos.

En la superior: las escotaduras hamulares, las tuberosidades los frenillos labiales y el vestíbulo labial y bucal de la boca.

En la inferior: Todas la áreas de las papilas piriformes, las líneas oblicuas externas, las líneas milohiodeas, los frenillos labiales y linguales, las inserciones musculares bucales, el vestíbulo labial y bucal, la profundidad total de la fosa lingual, excepcionalmente se puede tomar una impresión preliminar con alginato.

Las impresiones preliminares superior e inferior se pueden vaciar con yeso común, empuñando la cubeta se debe golpear contra la mano o llevar al vibrador de manera que el yeso llegue a las zonas libres y cubra totalmente la impresión.

El zócalo debe realizarse de manera paralela a la cubeta, con 1/2 a 1 cm. de alto, para obtener un modelo preliminar que nos

servirá como modelo de estudio y la preparación de la cubeta individual.

Diseñado el modelo se fabrica la cubeta individual empleando diversos tipos de materiales; discos fonográficos, resinas acrílicas, composite con luz halógena.

Terminada la cubeta individual se procede a la toma de la segunda impresión o impresión definitiva con cubeta individual, se utiliza para formar el borde funcional y determinar exactamente la forma del maxilar que ha de llevar la prótesis.

El método mas empleado es utilizando godiva de media y baja fusión, con la godiva de media fusión tomamos una impresión fundamental, hecha la crítica realizamos el recorte muscular y sellado periférico con la godiva de baja fusión en los distintos flancos de la cubeta individual.

Si queremos obtener una impresión con mas fidelidad se coloca sobre esta cubeta pasta zinquenólica que sirve como complemento y que hará desaparecer algunos defectos que hubieran en la primera impresión fundamental con godiva.

Otro método de impresión es empleando los elastómeros, entre estos tenemos la silicona con la que se obtiene impresiones completamente fidedignas y que nos permitirá obtener un buen modelo de trabajo.

La técnica que se sigue es la siguiente: se utiliza una cubeta individual holgada, la misma que se carga con silicona "D" que es la masa de este material; tomada esta primera impresión por las cualidades de este material se obtiene la impresión fundamental la que será complementada con la silicona fluida "F" y "C", que permite de esta manera obtener una buena impresión (cabe hacer notar, no olvidar de realizar los pasos correspondientes del recorte muscular).

Demás esta decir que existen en el comercio distintos materiales de impresión con los que debemos obtener impresiones funcionales completamente fidedignas.

Modelos definitivos o terminales son llamados "de trabajo" los que se obtienen de las impresiones funcionales y que dan forma a la superficie de asiento de las bases protéticas después de haber participado en los registros y pruebas intermedias.

El vaciado debe realizarse con yeso piedra de buena calidad en las proporciones correctas y debidamente espatulada. Los vaciados se deben dejar fraguar entre 45' a una hora. Separe los modelos y recórtelos a la altura correcta. Ranureles, lávese para poder montarlos en el articulador.

IX.1.2. Elaboración de la Base y Conformación de los Rodetes de Oclusión.-

Llamadas placas de registro, placas de mordida o placas de articulación: son bases provisionarias que se hacen sobre los modelos, que tienen por objeto:

- Establecer y mantener la altura en oclusión.
- Fijar la oclusión o la relación central entre el maxilar.
- Transferir las relaciones mandibulares al articulador y servir como base de prueba.

Se compone de una base protética y de un rodete de articulación. La base propiamente dicha o base de registro, debe ser rígida, exacta y estable, se suele llamar base protética de prueba y se construye de base plate, o resina - autopolimerizable, godiva y todos los metales que sirven para bases protéticas de acrílico.

El rodete de articulación es un sustituto grosero de los dientes que se levanta sobre el reborde alveolar, el rodete en sí, se hace preferentemente de cera para base por la facilidad de su manejo y conveniencia o también godiva.

Las relaciones intermaxilares lo que antiguamente se llamaba "toma de mordida", el cuidado que se aplique en la elaboración de las placas bases, tienen el propósito específico de determinar las relaciones intermaxilares (dimensión

vertical y relación céntrica) que deben estar correctas si se quiere lograr el éxito con las dentaduras.

IX.1.3. Altura del Rodete Superior.-

La técnica habitual consiste en empezar a establecer una superficie oclusal en uno de los rodetes (más común en el superior) y luego transferir al otro determinando la altura morfológica, lo que se denomina: "Plano de orientación tentativo" solo las pruebas con dientes artificiales en posición y posteriormente las correcciones determinan el plano de orientación tentativo. El plano de orientación no necesita estar donde estuvo el natural. Lo importante es la relación con labio superior y maxilares, lo que define el sentido estético y mecánico. La orientación superior permite formar criterio sobre el resultado estético y la movilidad mandibular para estudiar la altura facial e intermaxilar.

Una vez sentado el paciente en la posición correcta, se coloca la placa de registro superior en la boca y observe la posición del labio superior que puede aparecer excesivamente abultado, al revés o falta de apoyo.

El arco dentario superior suele sobrepasar ligeramente el labio superior en reposo de 1 a 2 mm. nos da un punto de partida para el recorte del rodete.

- 1) Aplique con cuidado el labio superior sobre el rodete de modo que de la impresión de no estar forzado en ningún sentido.
- 2) A 2 mm. del borde del labio marque la línea horizontal, para esto lo mas seguro será hacerla paralela a la línea bipolar.
- 3) Retirada la placa de la boca recorte el rodete según la línea marcada.
- 4) Vuelta la placa a la boca y arreglado sobre ella el labio, apártese algunos pasos y observe la altura, debe ser la que correspondería al arco dentario; al sonreír debe quedar al descubierto una altura correspondiente al largo de los incisivos centrales, mas o menos, si no fuera así, modifique.

IX.1.4. Determinación del Plano de Orientación.-

La altura del rodete en su parte anterior es fácil orientar toda su superficie oclusal haciéndola paralelo al protético y convirtiéndola en un plano de orientación mediante recortes o agregados de material en su parte posterior. Se puede señalar la posición del plano protético marcando en la cara líneas auriculonasales que unan la base de la nariz con la parte media del trago con lápiz demográfico, antes de la toma del plano de orientación se deberá hacer la marca incisal y después se seguirán los siguientes pasos:

- Colocar la placa de registro en la boca y apoyar una regla o el plano de Fox transversalmente sobre su superficie oclusal y aplicar otra regla a la línea bipupilar y apreciar así la horizontalidad de la superficie oclusal y el operador debe mirar al paciente de frente. Manteniendo el plano de Fox se debe colocar la regla en posición desde la base del ala de la nariz a la parte inferior del trago (plano de Camper) repetirse este examen del lado opuesto.
- Recortar los sobrantes del rodete, colocarla luego en el modelo la placa de registro calentar y presionar sobre un vidrio para la reducción del rodete.

Se repetirá los pasos anteriores hasta lograr poco a poco que la superficie oclusal del rodete sea un plano que pase por el punto de referencia incisivo, paralelo a la línea bipupilar y plano protético.

Otro paso importante es determinar la dimensión vertical: El odontólogo debe utilizar los diferentes criterios a su alcance para determinar con cierta precisión la dimensión vertical entre los factores que hay que tener en cuenta figuran las características anatómicas morfológicas y los componentes funcionales estéticos.

La dimensión vertical esta bien elegida cuando en el movimiento de cierre se toca levemente los labios antes que los rodetes de cera.

- Es la distancia de la superficie externa de la cara desde la base del mentón hasta la raíz del cabello.

La altura intermaxilar o dimensión interna si registramos la distancia entre los dos maxilares.

En prótesis suele designarse "dimensión vertical" toda medida de altura que depende de la separación o aproximación de las maniobras.

Para determinar la altura facial se han utilizado diferentes cánones por diferentes autores o protesistas entre ellos tenemos:

La posición de reposo, la deglución, los aspectos fisonómicos, los registros previos, el punto poder, la prueba fonética, el paralelismo del reborde alveolar, por último el criterio profesional.

La posición de reposo, es cuando los dos maxilares no están en movimiento se logra haciendo cerrar la boca en posición normal, cuando todos los músculos están relajado; no de enojo porque cierra mucha, no sería su altura postural siempre habrá un margen de error de $\frac{1}{2}$ a 1 mm. pero que no influyen en la estética.

Para determinar estas dimensiones verticales se usa el compás de Willis, dentro de su sencillez es muy adecuado pero no son

tan exactas las medidas faciales en una cara normal son 3 si ambas concuerdan la seguridad es mayor.

- 1) La distancia mentonasal = base de mentón y base del ala de la nariz.
- 2) La distancia naso - glabellar = base del ala de la nariz y línea de las cejas.
- 3) Las distancias oculo - comisural - ángulo externo del ojo = comisural bucal.

Una vez obtenida la medida con el compás de Willis, se procede a obtener la altura del rodete inferior de forma parecida al superior en cuanto a prueba y recorte; hasta establecer la altura requerida.

Se procede a colocar la placa de registro superior, previamente colocar en agua fría para evitar que se deforme y envaselinar la superficie oclusal.

- 1) Para llegar a la altura se corta la cera con cuchillo, calentamos el rodete de cera de la manera mas conveniente y colocarle al paciente, se pide que muerda en retrusión sin violentar y verificar con el compás de Willis la altura preestablecida.

Sacamos el rodete inferior y perfeccionar la superficie alisando, si es posible darle brillo. El paso que se sigue es

comprobar la abertura normal de la boca, se controla con los dedos como también, en la prueba fonética hacer decir la "m".

Comprobamos la fisonomía del paciente, se aumenta a nivel del canino o se rebaja.

Marcar la línea media en ambos rodetes tomando en cuenta la nariz, el philtrum y el mentón. La línea de la sonrisa en el superior se hace sonreír y se marca al talón del diente. Línea de los caninos para marcar el ancho del ala de la nariz con el surco nasogeniano, cuando hay boca grande buscamos el tamaño intermedio punta del canino, (Esta con la bisectriz de la nariz - surco nasogeniano) vemos que el rodete inferior esté a nivel o por debajo del labio inferior. En pacientes normales establecemos la relación central, haciendo abrir y cerrar la boca varias veces y si las superficies vestibulares de los rodetes coinciden y la línea media superior e inferior no se modifica quiere decir que el paciente muerde la relación central.

Sin embargo existen pacientes que cuando se les indica que cierren o abran la boca varias veces, cambian la posición de sus maxilares (no muerden en relación central) por lo tanto en estos pacientes es necesario utilizar los registros extraorales o intraorales, los que a través del arco gótico nos permitirán obtener una mordida en relación central.

Seguidamente se procede a fijar los registros, cuando los rodets son de cera a través de grampas; en los rodets de godiva se hacen muescas y se coloca godiva de baja fusión.

IX.1.5. Montaje en Articulador.-

El articulador es un dispositivo mecánico al cual se fija los modelos superior e inferior y que representan las articulaciones temporomandibulares y los maxilares.

Los articuladores se usan para fijar los modelos en una o más posiciones en relación determinada con fines de diagnóstico, enfilado de dientes artificiales y modelado de las mismas.

Después de fijar los modelos deben ser trasladadas al articulador especialmente el anatómico. El montaje de los modelos en el articulador puede hacerse de las siguientes maneras en forma arbitraria; con platina, o utilizando el arco facial.

Para montar los modelos en el articulador en forma arbitraria se sigue dos pasos:

- a) **Apronte del Articulador.-** Que es un paso donde se tiene que observar si esta completo se ajustan todas las partes que tenga tornillo, sea con la mano o por medio de llaves; después del centrado de la rama superior e inferior

se mueve a la derecha e izquierda y observar que ambas estén paralelas.

- b) Apronte de los Modelos.**— Se debe tomar en cuenta si la altura de los zócalos son las correctas, para hacer muescas o retenciones de mas o menos 12 mm. con el objeto de que nos sirva a manera de llave, marcar la línea media en el modelo superior.
- Se prepara los zócalos de los modelos marcando bien la línea media del superior, realizar guías en los modelos si el articulador carece de platina o mesilla, unir modelos con un cordel o goma y ponerlo en agua.
 - Preparar el articulador que este bien armado, el vástago incisal tendrá la altura de las ramas del aparato, colocar un piolin en la parte media.
 - Orientar los modelos en el aparato colocando moldina en la rama inferior siguiendo la guía del piolín.
 - El plano oclusal de las placas debe quedar paralelo a las ramas tanto en sentido sagital y frontal.
 - La línea media del modelo debe coincidir con el articulador, en sentido antero posterior las placas de mordida debe coincidir con el punto incisivo. El modelo debe quedar separado de la rama del articulador 5 mm., colocando yeso sobre el modelo superior, invertir el articulador y fijar el modelo inferior.

El segundo caso se puede hacer si uno cuenta con la platina, es también en forma arbitraria ya que tiene un margen de error,

por eso a veces es necesario utilizar el arco facial, que es un dispositivo del tipo de transportador que se utiliza para registrar las relaciones de los maxilares, respecto de las articulaciones temporo-mandibulares o el eje de abertura de los mismos y orientar los modelos en la misma relación respecto del eje de abertura del articulador.

Es opcional la manera de realizar el montaje de los modelos, describimos lo más práctico.

IX.1.6. Enfilado y Articulado de los Dientes Artificiales.-

Seguidamente se procede a seleccionar los dientes de manera que armonicen adecuadamente con la cara, en cuanto a forma, tamaño y color, para proceder al enfilado clásico de los dientes superiores y articulado de los dientes inferiores que es a menudo una técnica simple y exacta, si los rodets fueron modelados con precisión para sostener los labios y la relación intermaxilar.

IX.1.7. Encerado.-

El aspecto final y la función fonética de la dentadura terminada se puede acrecentar grandemente con la compensación, durante la etapa de encerado de las prótesis que es un procedimiento de laboratorio mediante el cual se da forma, volumen a las bases y encías protéticas con ayuda de cera rosa, seguidamente se hace emparejamiento y pulido

terminado el recorte de la cera y realizado los rellenos que se juzguen necesarios se empareja, pasando ligeramente una llama fina (de un pico bunsen) y luego frotarlo con un trapo de hilo sin mucha presión hasta sacar brillo.

IX.1.8. Prueba en Boca.-

La prueba de los aparatos es muy importante en la construcción de las prótesis completas; es el control clínico de todo lo efectuado en materia de mordida, articulación y estética, es además el momento de confirmar la aprobación del paciente.

Una vez realizado el examen mecánico, estético y fonético, esta listo para la elaboración y terminación de las dentaduras en el laboratorio; cuyo procedimiento escapa a los fines de la presente tesis.

IX.1.9. Instalación y Colocación de la Prótesis.-

Debe entenderse por instalación de las dentaduras protéticas todo el esfuerzo requerido, no solo en el acto de entregarlas al paciente, sino también el reajustarlas y retocarlas, lo necesario para que terminen por ser "prótesis útiles, de buen aspecto y confortables" no es un acto, un período: El período de conjunción entre la construcción protética y la anatomofisiología del paciente; aquella debe adaptarse a esta y esta a aquella.

Directamente proporcional a los defectos de los aparatos será la adaptabilidad que deberá poner el organismo y proporcionarla a la intolerancia orgánica y mental, será la importancia que adquieran aquellos defectos para obstruir el camino del éxito.

Debe distinguirse la instalación de la colocación; esta última no entraña dificultad sino se han cometido errores más o menos groseros; pero durante el período de instalación, durante el cual el odontólogo procura eliminar los defectos del aparato, mientras el paciente adquiere el hábito de utilizarlos y el organismo los acepta; hasta la colocación actuaron esencialmente la sensibilidad y la capacidad del odontólogo; ahora pasan a tomar lugar las del paciente, quien encontrará muchas dificultades hasta manejarse bien con ella, se deben a los defectos de la misma prótesis, a la reacción bucal, contra el cuerpo extraño y el rechazo psíquico; es cuestión de tiempo y habilidad lograr que el aparato quede definitivamente aceptado, es el período de instalación que dependiendo del organismo, psicología del paciente varía entre una semana a un mes.

IX.1.10. Corrección de la Prótesis.-

Presentado el paciente se revisa cuidadosamente cada aparato tal como viene del laboratorio, sobre todo la superficie de impresión o de asiento, que muchas veces puede presentar burbujas, rebordes afilados, pestañas y otros defectos.

Corregimos de inmediato, luego repasamos la placa con un algodón con alcohol y enjuagados los aparatos, probamos en boca.

Debemos ir observando:

La Adaptación: Consiste en hacer presión sobre los arcos dentarios a uno y otro lado y en la dirección del esfuerzo masticatorio, no debe bascular; luego se comprueba el posdaming presionando los incisivos; como también las posibles sobre extensiones estirando las mejillas.

Estas presiones no deben ser violentas sino suaves y que el paciente no se entere de que se trata. Satisfecho el examen individual de cada prótesis, colóquese ahora los dos y hágase cerrar la boca y observar si muerden en oclusión central, sino fuera así se corrige de inmediato con ayuda de papel de articular, si el paciente no muerde en relación central puede requerir nuevos registros o la repetición de las prótesis.

IX.1.11. Terapia de Mantenimiento.-

Es nuestra obligación enseñar a los pacientes una higiene dental adecuada y la necesidad de acudir periódicamente al servicio odontológico. El paciente debe distinguir la diferencia que existe entre el servicio dental y el producto físico, o sea, la dentadura.

Las dentaduras completas o parciales deben quitarse por las noches o mientras se duerme, es conveniente que cada

paciente desarrolle un hábito higiénico separando la limpieza de la boca y la dentadura.

a) Limpieza de la Boca.-

- Los Enjuagatorios.
- Limpieza de fondo.

Un enjuagatorio después de cada comida con agua y se complete enjuagando la placa bajo la canilla, puede ser con agua corriente o adicionando un elixir que no necesita ser desinfectante.

Una vez al día es necesario una limpieza minuciosa, preferiblemente antes de acostarse, sobre todo si se usan las prótesis de noche, asimismo se cepillaran diariamente con cepillo blando las superficies mucosas de los rebordes residuales y la superficie dorsal de la lengua. Este procedimiento proporciona estimulación para una mayor circulación y barre los residuos que podrían causar la irritación de la mucosa u olores desagradables.

b) Limpieza de la Prótesis.-

- Limpieza Mecánica.- Es de fundamental importancia, se hace con cepillo para prótesis, jabón, dentrífico o bicarbonato de sodio y deben excluirse los abrasivos

fuertes, piedra pómez, por su acción de desgaste las prótesis se limpiaran sobre un recipiente parcialmente lleno de agua o cubierto con una toalla húmeda para que no se rompan. Dentro de la limpieza mecánica a parte del lavado y cepillado de las prótesis se adicionan el frotado con esponja y raspado.

- Limpieza química.- Tenemos los siguientes: Limpiadores Ad-hoc, Dentríficos, Limpiadores caseros.

Deben tener cualidades específicas como ser: eficaz, rápido y penetrante; no afectar a la limpieza protética ser fácilmente eliminable por el lavado en agua para no afectar al organismo.

Los primeros se venden en el comercio, los limpiadores químicos como ser hipocloritos alcalinos, peróxidos alcalinos o menos frecuentes, ácidos diluidos. El hipoclorito de sodio era él mas utilizado aunque se comprobó que causa decoloraciones en el acrílico y pésimo gusto y olor que exige un lavado minucioso.

Los peróxidos alcalinos como el perborato de sodio combinado con algunos álcalis (serian fosfatos, carbonatos y silicatos). Pero solo la alcalinidad cáustica es limpiadora y efectiva.

Las soluciones ácidas débiles generalmente al 2 o 5 % de ácido clorhídrico son las más eficaces. Para disolver cualquier calculo las prótesis deben sumergirse en una solución de clorexidina durante algunos minutos.

Los dentríficos ordinarios suelen ser bastantes eficaces, en la mayor parte de los casos es preferible utilizar un cepillo especial, para limpiar la dentadura, algo más abrasiva que el dentrífico usual.

Entre los limpiadores caseros tenemos: el amoniaco, colocar durante una hora, una vez por semana la dentadura.

El vinagre con acción desincrustante para eliminar manchas y depósitos calcáreos preferiblemente el vinagre blanco puro durante 15 minutos, como también se puede utilizar gotas de lavandina.

Los pacientes con dentaduras han de aprender la necesidad y el interés de proceder periódicamente a la inspección de la dentadura y de los tejidos de la boca. El periodo de revisión será de seis meses durante el primer año, de llevar la dentadura por vez primera luego, una vez cada año. Esto permitirá que el dentista descubra cambios en los tejidos de sostén de la dentadura, en un momento en que una simple modificación de la base puede compensar los cambios de los tejidos, cuando estos cambios son mayores quizás sea necesario una dentadura completamente nueva.

CAPITULO XI

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

XI. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES.

El profesional como los estudiantes de odontología deben compenetrarse de la idea que el paciente desdentado, es un ser humano sensible que requiere y merece el tratamiento odontológico más competente, minucioso como también manejar con criterio al paciente desde que entra al consultorio, existen muchos pacientes que requieren pequeños retoques y preparación psicológica, previa rehabilitación y una vez entregada la prótesis, el profesional debe instruir a los pacientes de las posibilidades del fenómeno de indagación y del mantenimiento de condiciones higiénicas adecuadas.

Por lo dicho anteriormente se llega a las siguientes conclusiones:

- 1) El odontólogo no debe garantizar a priori el éxito de una prótesis.
- 2) Se deben realizar buenos trabajos y así tendrá mayores posibilidades de éxito.
- 3) Con la entrega de la prótesis no debe darse por terminado, sino será necesario realizar controles periódicos.
- 4) Una buena higiene previene muchas lesiones.
- 5) Toda vez que se observen lesiones inflamatorias agudas, algunos tejidos volverán a la normalidad mediante un simple reposo, que se logra no usando la prótesis, o corrigiendo ligeramente las mismas, otros requerirán el uso de resinas acondicionadoras de tejido como forro de la prótesis existentes o de prótesis terapéuticas y no así las lesiones crónicas que muchas veces requieren de una intervención quirúrgica.

- 6) Toda vez que se observe lesiones crónicas queróticas o hiperplásicas deben ser examinadas con detalle y realizar examen histopatológico.

Con la presente tesis me propongo llegar algunos profesionales odontólogos y particularmente a los estudiantes quienes tendrán un medio de consulta sobre estas afecciones paraprotéticas tan comunes en nuestro medio y que como explico en el presente trabajo son producidas en la mayoría de los casos por un aparato protético mal construido, como así también a que se colocan las prótesis inmediatas sin hacer un rebasado correspondiente, ni seguimiento periódico de las mismas, que producen alteración con el transcurso del tiempo.