

**BCDS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**

**U. N. A. N. - LEON**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**Evaluación de prótesis totales, realizadas en clínicas multidisciplinares**

**Facultad de Odontología.**

**León, 1998**

**Tesis para optar al título de:  
CIRUJANO DENTISTA**

**Autoras:**

**LENORA MARIA MARTINEZ MARTINEZ**

**BLANCA LISSETH UMANZOR MEDINA**

**Tutor:**

**Dr. FELIX TRUJILLO**

**Docente Facultad de Odontología**

**LEON, MARZO 2001**

## DEDICATORIA

- A mi madre que es lo más bello y sagrado que tengo: THELMA A. MARTINEZ.
- A mi pequeña Sophia, quién con su llegada aumento mis deseos de formación profesional y superación.
- A la persona que fue de gran ayuda durante una etapa muy difícil de mi vida, con sus cuidados me ayudo a seguir adelante con mis estudios, FRANCISCO.

## AGRADECIMIENTO

- A DIOS sobre todas las cosas que me regalo el don de vivir, gracias a el pude lograr mi meta.
- A todos los docentes de esta facultad, quiénes estuvieron mas cerca de mi formación.
- A todas las personas que de una u otra forma contribuyeron a que culminara mi carrera.



LENORA M. MARTINEZ.

## DEDICATORIA – AGRADECIMIENTO

- A Jehová Dios, por regalarme la vida y sabiduría suficiente para poder alcanzar mi meta.
- A mi madre por su apoyo incondicional durante los años de estudios Sra. Concepción Medina.
- A mis queridas hermanas: Verónica y Digna.
- A mi esposo quien siempre me brinda su ayuda.
- A todos los docentes por su enseñanza fundamental en mi formación.
- A mis Pacientes.

BLANCA L. UMANZOR.

# INDICE

	PAG.
I. Introducción	1 - 3
II. Objetivos	4 - 5
III. Marco Teórico	6 - 18
IV. Diseño Metodológico	19 - 24
V. Resultados	25 - 30
VI. Discusión de Resultados	31 - 34
VII. Conclusiones	35 - 36
VIII. Recomendaciones	37 - 38
IX. Resumen	39 - 40
X. Bibliografía	41 - 42
XI. Anexos	43 - 44

# **INTRODUCCIÓN**

En nuestro país, el problema de prótesis dental es muy amplio y significativo. Se sabe que la necesidad del tratamiento protésico dental van aumentando conforme a la edad, acentuándose más en personas mayores de 40 años.

Las personas edéntulas se ven afectadas negativamente en cuanto a su equilibrio orgánico y social, hay una transformación facial, del lenguaje, alimentación - nutrición, afecta el aspecto psicológico y las relaciones interpersonales . . .

El tratamiento incluye el diseño y forma de un aparato físico-mecánico, el que deberá ser colocado para convivir en un medio biológico oral y dinámico, que deberá reunir ciertas condiciones, para ser aceptado funcional y estéticamente. (1)

Los procedimientos involucrados en su construcción quedan sujetos a revisión y evaluación.

La elección y la efectividad técnica de los procedimientos y la destreza requerida para llevarlos a cabo, queda expuesto a revisiones de quienes estarán viendo el resultado.

La evaluación hecha por los dentistas debe ser más crítica, son los que pueden saber las posibilidades y limitaciones en el tratamiento del paciente deben conocer, reconocer y admitir cualquier tipo de deficiencias en el servicio prestado. El mantenimiento de calidad del servicio de prostodoncia depende de la vigilancia constante y autodisciplina. (2)

Lo primero en la evaluación del paciente, es la reacción de las dentaduras terminadas la primera vez que son colocadas en boca, esta reacción puede variar desde confianza a temor y aprehensión, el detalle en cada paso desde el diagnóstico para el paciente es evidente y esto genera confianza, los pacientes sienten las técnicas descuidadas y reconocen cuando hay cuidado al realizarlo.

Es muy probable que las evaluaciones hechas por los amigos del paciente sean inexactas. (2)

Hemos podido verificar que en nuestro medio odontológico, es casi nula la evaluación de tratamiento protésico que se le realiza al paciente, sobre todo si no se ha podido obtener conciencia acerca de mantener la salud de los tejidos blandos y rebordes alveolares.

No se encontró estudio acerca de mantener la salud de evaluación de prótesis totales realizadas a pacientes que han portado prótesis totales durante dos o más años.

Con nuestro estudio pretendemos llevar a cabo una evaluación acerca del estado de los rebordes alveolares, patologías que se han presentado, higiene y la habilidad que tienen en el manejo de estas prótesis en los últimos dos años.

Lo haremos tomando en cuenta los criterios que debe reunir una prótesis funcional, estética y biológicamente aceptable, así poder aportar datos importantes para el mejoramiento en la construcción de las prótesis y la higiene que deben guardar para evitar patologías que se presentan con el uso de aparato protésicos.



# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL.

- 1- Evaluar el estado de prótesis totales realizados en clínica multidisciplinarias de la facultad de odontología en 1998.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1- Valorar el estado de los rebordes residuales y el grado de retención, soporte, estabilidad que presentan los pacientes hasta este momento según grupo etareo.
- 2- Identificar las patologías asociadas que se han presentado en los pacientes en cuanto a higiene y construcción del aparato protésico según grupo etareo.
- 3- Reconocer las dificultades que ha tenido en cuanto al manejo de las prótesis según grupo etareo.

**MARCO**  
**TEORICO**

Un aparato protésico esta indicado siempre que sea necesario devolver al individuo uno o varios órganos masticatorios y su colocación no signifique para el paciente un daño mayor.

Hay que tomar en cuenta criterios en cuanto a la construcción del aparato viendo al paciente de forma integral y no como una identidad aislada. (3)

## CONCEPTOS.

### PROTESIS

Parte de la terapéutica quirúrgica cuyo objetivo es reemplazar mediante una restauración un órgano perdido parcial o total o bien tratar de ocultar una deformidad.

### PROSTODONCIA

Rama de la ciencia odontológica que se ocupa de reemplazar los dientes perdidos y tejidos orales para restaurar y mantener la forma, función, apariencia y salud oral.

### PROSTODONCIA TOTAL

Rama de la odontología protética que se encarga del reemplazo de los dientes naturales perdidos y sus estructuras adyacentes tanto del maxilar superior como del inferior. las que pueden ser removidas a voluntad del paciente. (1)

### CAUSAS DE PERDIDAS DENTARIAS.

Muchas son las causas pero entre las más importantes figuran: caries, enfermedad periodontal y lesiones traumáticas.

### INDICACIONES DE PRÓTESIS TOTAL.

1. Pilares deficientes debido a la pérdida ósea excesiva, movilidad o morfología deficiente.
2. Cuando se ha realizado tratamiento de radioterapia para tratar procesos malignos.

### CONTRAINDICACIONES.

Puede decirse contraindicaciones absolutas no las hay, pero existen ciertas circunstancias en que conviene revisar antes de decidir su confección porque los peligros exceden las ventajas.

1. Enfermos mentales, epilépticos, pues es grande el riesgo de deglución durante los ataques.
2. Neoplasma de la boca y en proceso inflamatorio (sífilis, tuberculosis, osteítis, gingivoestomatitis). (4)

## ANATOMIA DE BOCA DESDENTADA.

### MEMBRANA MUCOSA BUCAL.

El epitelio que cubre la cavidad bucal es de tipo escamoso estratificado y tiene grandes diferencias en grado de desarrollo por ejemplo, paladar duro el epitelio es queratinizado, piso de la boca es delgado y no llega a ser queratinizado.

Existe gran variedad en cuanto a consistencia de las membranas mucosas bucales de un paciente a otro, algunos presentan rebordes alveolares con membranas mucosas gruesas y elásticas, otras delgadas y con poco tejido subepitelial. la leve extensión del margen de una dentadura en un paciente producirá poca molestia sin ulceraciones, quizás una reacción hiperplásica de los tejidos. en otros puede haber ulceraciones temprana y poca reacción de reparación. Existen ciertos cambios propios de la edad por ejemplo

- a) Tendencia a disminución del flujo salival.
- b) Atrofia general de las membranas mucosas. (3)

### ZONA NEUTRA.

Consecuencia inmediata a la pérdida de dientes naturales, formación de un espacio vacío disponible para dentaduras. (1)

### CONTORNO DEL PROCESO.

Forma ideal de un proceso edéntulo que ofrece una resistencia máxima al desplazamiento de la dentadura en sentido vertical, lateral y posteriormente. (3)

### LIMITES DEL ESPACIO NEUTRO.

Los tejidos blandos de labios y carrillos forman los límites externos y la lengua el límite interno, el maxilar inferior y piso de la boca en inferior. (1)

## REBORDE RESIDUAL.

Está formado por mucosa de soporte de la dentadura la submucosa, periostio y hueso alveolar residual subyacente. El hueso residual es la porción del proceso alveolar que permanece después de haber perdido los dientes este proceso alveolar se convierte en reborde residual que es la base para la dentadura.

Después de la extracción dental y uso de dentadura se produce ciertos cambios en el hueso residual debido a tres factores.

1. La función modifica la estructura interna del hueso.
2. La presión tiende a causar resorción ósea.
3. En algunos casos la tensión puede estimular la formación ósea.

Con respecto a la pérdida inevitable de hueso residual se han propuesto dos conceptos

- a) La reducción ósea progresiva variable es consecuencia directa de la pérdida de estructuras periodontales.
- b) La pérdida de hueso residual no necesariamente se debe a la extracción dental si no depende de una serie de factores poco entendidos, no se ha encontrado relación alguna entre el estado periodontal, previo a extracciones y la resorción subyacente del reborde residual. (2)

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADAPTACION DE PROTESIS TOTAL.

### SOPORTE

Es la capacidad de resistir las presiones masticatorias según Cerezo.  
Capacidad de resistir las fuerzas de intrusión según Saizar. (5)

### RETENCION

Es la resistencia en sentido vertical, que debe oponer toda prótesis al ser removida de su sitio, la capacidad de la prótesis para conservar su lugar resistiendo las fuerzas de desplazamiento de extrusión [confort psicológico]. (5)

### ESTABILIDAD.

Es la capacidad de conservar la posición correcta durante los variados esfuerzos funcionales en sentido horizontal [confort psicológico].

Las prótesis requieren de ciertas condiciones como soporte, retención y estabilidad para permanecer en suposición normal, tanto en los periodos de función como en los de reposo. Soporte, retención y estabilidad no pueden ser consideradas independientes. existen entre ellas una relación tan estrecha, que la pérdida de una de estas influye directamente sobre la efectividad de las otras. (4)

## FACTORES FISICOS QUE INFLUYEN EN EL SOPORTE, RETENCION Y ESTABILIDAD.

### COHESION.

Es la atracción molecular que existen entre dos cuerpos de naturaleza semejante cuando su superficie quedan en contacto. La cohesión no se ejerce directamente entre la base de la dentadura y la mucosa oral debido a la gran diferencia que existe entre la naturaleza del material de la base y del tejido mucoso. La cohesión se da por La saliva que se encuentra entre la mucosa y el acrílico, se encuentra dispuesta en dos capas, una de ellas en contacto con la mucosa y la otra en contacto con la prótesis. (5)

### ADHESION.

Es la atracción molecular que existe entre dos cuerpos de naturaleza diferente, esta se da entre la base de la dentadura y la saliva, y entre la mucosa y la saliva. Entre más sea el área de superficie en contacto mayor será la atracción. La atracción es mayor entre más tiempo se prolongue el contacto por eso el protesista debe tratar de mantener la base en contacto con la mucosa, evitando extenderse hasta zonas de tejidos móviles. (5)

### TENSION SUPERFICIAL INTERFASE.

Fuerza ejercida por un liquido en superficie de contacto [interfase]. La atracción molecular que produce cohesión dentro de un liquido produce tensión en la superficie. lo que se conoce como tensión superficial interfase. (5)

### PRESION ATMOSFERICA.

Es necesario que todos los bordes de la prótesis estén contruidos de tal manera ajusten con los tejidos blandos del surco mucogingival, produciendo un

sellado que no permita la entrada de aire entre y la mucosa, esto se logra mediante el procedimiento de sellado periférico y la correcta construcción y ubicación del sellado posterior. se dice que para probar la acción de la presión atmosférica basta perforar el paladar de una prótesis, para comprobar que pierde gran parte de su retención. Cerezo y Hardy se refieren al abuso cometido anteriormente en relación al concepto de presión atmosférica algunos protesistas usaron cámaras de succión y excesivo desplazamiento de tejidos blandos para obtener mayor retención lo que llevó a la aparición e patologías como Hiperplásias e Hipertrofias por tal razón el uso de cámaras de succión ha sido desechado. (5)

#### FUERZA DE GRAVEDAD.

Fuerza natural que atrae a todos los cuerpos hacia la tierra razonando que la prótesis inferior podría aumentar su retención por peso actualmente se sabe que la eficacia de éste factor es mínima. (5)

#### FACTORES FISIOLÓGICOS.

- x Salud general del paciente y condición física.
- x Tono tisular.
- x Cantidad y calidad de la saliva.
- x Control de la mucosa y la submucosa.
- x Control neuromuscular.
- x Características del reborde.
- x Relación de los rebordes.
- x Forma anatómica de la boca. (5)

#### FACTORES PSICOLÓGICOS.

- x Inteligencia del paciente.
- x Expectativas del paciente.
- x Temor o aprehensión a situaciones embarazosas o a burlas. (5)

#### FACTORES MECANICOS.

- x Oclusión.
- x Palancas.



- z Contorno de las bases de las prótesis. (5)

## FACTORES QUIRURGICOS.

- x Implantes.
- x Profundización de surco. (5)

## CONDICIONES QUE FAVORECEN LA RETENCION.

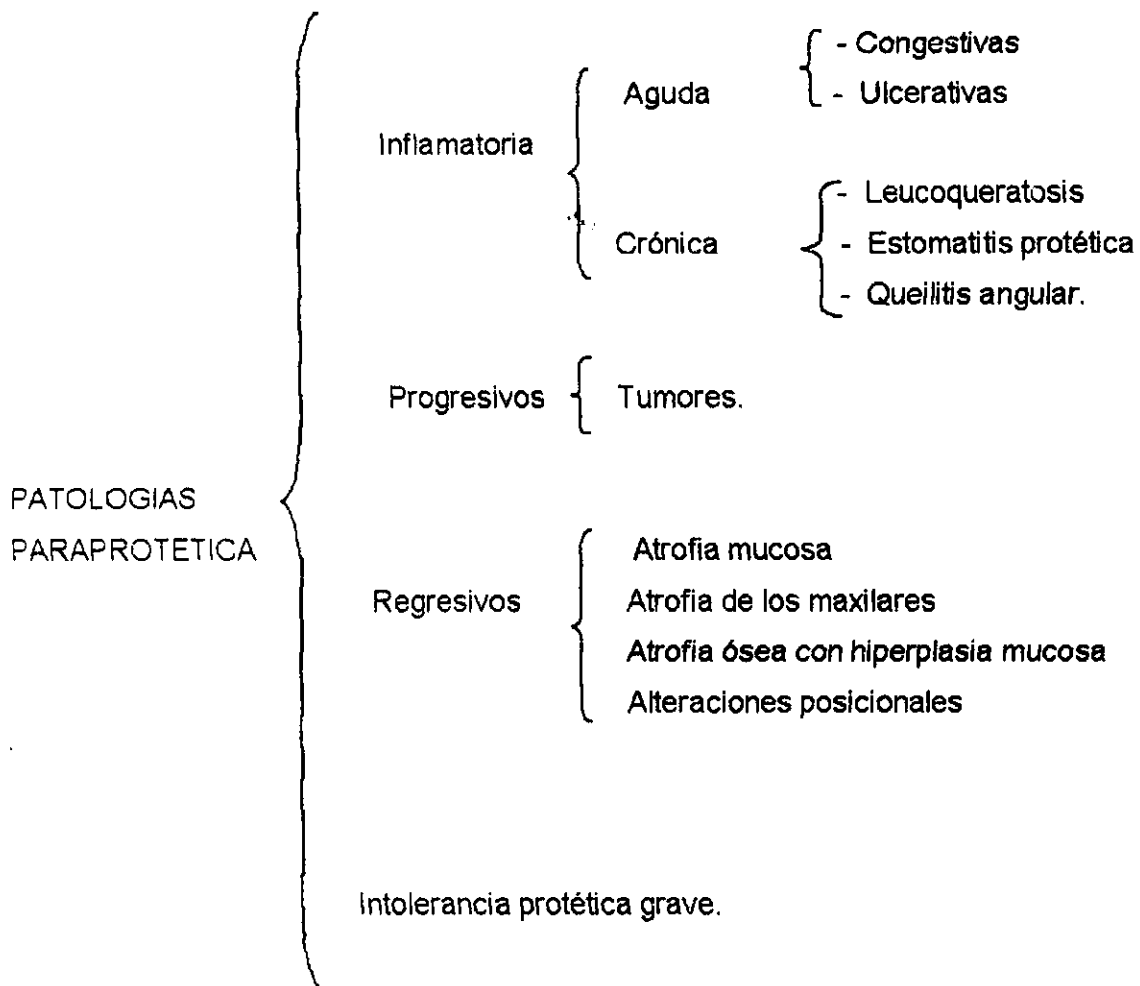
- x La superficie de área mayor da una mejor retención.
- x El grosor de una capa de saliva entre más delgada mayor retención.
- x La viscosidad de la capa de saliva debido a la musina que le da mayor retención(5)

## PATOLOGIAS ASOCIADAS AL USO DE PROTESIS TOTALES.

Forma parte de un grupo mucho mayor de alteraciones orgánicas y psíquicas favorables o no, ligadas al tratamiento protético.

### CLASIFICACION.

Todas se limitan a trastornos locales las repercusiones de origen general sean orgánicas, funcionales o psíquicas profundamente complejas no están suficientemente estudiadas y no existe sistematización alguna a su respecto. (1)



(1)

## INFLAMATORIAS.

### AGUDAS.

Son características en el período de instalación, puede aparecer como puntos congestivos dolorosos y ulceraciones después de largos períodos de uso de las prótesis como consecuencia del proceso atrófico, que obliga a la distensión de los tejidos que rodean al borde periférico más allá de su tolerancia sea a continuación de algún cambio en el funcionamiento de los aparatos a veces la ulceración se debe a la penetración de una partícula dura entre la base y la mucosa. La inflamación aguda puede encontrarse además injertadas sobre procesos crónicos como: atrofia, hiperplasia marginal o por cámara de succión y la estomatitis protética. (1)

### CRONICAS.

#### LEUCOQUERATOSIS

Son espesamientos del epitelio de aspecto similar a la leucoplasia, muy pequeños, apenas algunos milímetros (puntos blancos) aparecen en algunos sitios de la mucosa, generalmente a lo largo de los bordes protético, algunas veces dolorosos, otros indoloros; no hay tendencia a la degeneración maligna. (1)

#### ESTOMATITIS PROTETICA.

Inflamación crónica de la mucosa de soporte de la prótesis, puede ser local o generalizada, suele aparecer en la mucosa palatina, en contacto desde largo tiempo con las bases protéticas. Algunos investigadores creen que el factor etiológico dominante es el traumatismo debido a dentadura mal ajustada o hábito para funcionales; otros opinan que se ha debido al uso nocturno de las dentaduras, hipersensibilidad a algún material (reacción alérgica).

#### TRATAMIENTO.

Son esenciales buena higiene dental y descanso para los tejidos del asiento basal construcción de nuevas prótesis que se ajusten bien, después de lograr que la mucosa este sana usando acondicionadores de tejidos, aplicando a las dentaduras artificiales, antimicóticos, masaje gingival con cepillo dental. (6)

### QUELITIS ANGULAR.

Es una inflamación que se localiza en las comisuras labiales, se presenta generalmente en destentados o en portadores de prótesis con la altura reducida, pero puede aparecer también en dentados con o sin la mordida baja, con la reducción de la altura y el ajuste de los labios entre sí, parte de la piel próxima a las comisuras forma un pliegue que se mantiene húmedo por la saliva, se macera y se infecta. Merece atención varias observaciones.

1. La incidencia es alta entre mujeres.
2. La inflamación puede ser unilateral o bilateral y con frecuencia es acompañada por una glositis atrófica.
3. La edad no parece afectar su incidencia, como tampoco lo hace la duración del período edéntulo.
4. Más que una reducción de la dimensión vertical de la oclusión, lo que parece retrasar el proceso cicatrizal de la queilitis angular es la presencia de un pliegue angular de tejido.
5. Se ha aislado *Candida albicans* y *Staphylococcus aureus*, sin embargo, este dato no significa necesariamente que los microorganismos sean esenciales para el desarrollo de la lesión.
6. Por lo general el tratamiento antimicrobiano da buenos resultados lo cual demuestra que la infección es significativamente persistente.
7. Las lesiones ocurren con frecuencia lo que sugiere la posible presencia de una deficiencia permanente y vulnerable en la función de la barrera de la piel en la región del ángulo de oris. (2)

### DOLOR BUCAL CAUSADO POR DENTADURAS.

Se hallan trastornos de mucosas que no encajan dentro de la descripción general de estomatitis, se agrupan como un síndrome "dolor bucal causado por dentadura artificial" y usualmente se define este mal cuando los métodos de este tratamiento fallan. Los métodos son un aspecto extraño de dolor en mucosa de soporte de prótesis, limitado, sensible y que produce comezón, a veces los datos clínicos son negativos y parece que en tales pacientes la tolerancia de la mucosa es muy baja, sin signos clínicos o de laboratorio visibles. Existen varios factores contribuyentes como: deficiencias de hierro, proteínas así como absorción intestinal

insuficiente: el tratamiento podría consistir en dieta alta en proteínas, evitar irritantes locales, tabletas de ácido ascórbico. (2)

#### ULCERA TRAUMÁTICA.

Lesión causada por alguna forma de traumatismo, que puede ser mordedura de mucosa, irritación por prótesis total, lesión dolorosa y pequeña de forma triangular y cubierta por una membrana necrótica de color gris, están rodeadas por un halo inflamatorio y pueden ser el inicio de proliferación de tejidos alrededor de la periferia de la lesión. Ocurre con frecuencia en sitios como el borde de la lengua sin embargo se ve en la mucosa bucal sobre los labios y el paladar.

#### TRATAMIENTO.

Antimicótico como nistatina, ha dado buenos resultados incluso en casos crónicos y graves de la enfermedad. (6)

#### CANDIDIASIS.

Producido por la presencia de *Cándida Albicans* muy común en la cavidad bucal, puede variar desde parches irregulares pequeños bien localizados, hasta lesiones difusas que cubren porción considerable de la mucosa bucal; es de color blanco opaco, no doloroso. Se presenta con frecuencia en pacientes que no conservan higiene adecuada.

#### TRATAMIENTO.

Antimicótico como nistatina, ha dado buenos resultados incluso en casos crónicos y graves de la enfermedad. (6)

#### ATROFIA DE LA MUCOSA.

Hay un número de capas epiteliales y la mucosa y submucosa se adelgazan, en menor grosor de tejidos y el potencial de reparación reducida ocasionan que la mucosa que soporta la dentadura del asiento se vuelva friable y fácil de traumatizar, la vulnerabilidad de la mucosa se relaciona con el cambio en el equilibrio del agua entre el comportamiento intracelular y extracelular de los tejidos. La función renal disminuida también puede provocar deshidratación de los tejidos, las células de los tejidos podrían hacerse nutricionalmente deficientes; los pacientes edéntulos jóvenes tienden a poseer mucosa y submucosa de soporte de dentaduras de considerable grosor en cambio la mucosa edéntula de los de mayor edad con frecuencia es delgada y fuertemente estirada y se blanquea fácilmente. Cuando el

tejido que cubre es demasiado delgado se dañara fácilmente por la presión que ejerce la dentadura y será más difícil que se ajuste a la base de la dentadura. (2)

#### ATROFIA OSEA.

Con frecuencia el envejecimiento conlleva a cambios osteoporóticos en el esqueleto humano pero no se ha estudiado de manera adecuada la relación entre este trastorno y los maxilares.

Por lo general los dientes maxilares brotan hacia abajo y hacia fuera, por lo cual la reducción ósea es hacia arriba y hacia adentro, dado que la placa cortical exterior es más delgada que la interna la resorción tiende a ser mayor en la corteza externa y el maxilar se hace más pequeño la dimensión disminuye y también la superficie basal de la dentadura.

Los dientes mandibulares anteriores se inclinan hacia arriba y hacia fuera con respecto al plano oclusal, en tanto que los posteriores son verticales o tienen una ligera inclinación lingual; la corteza externa por lo general es más gruesa que la lingual excepto en la región molar, de igual manera la anchura de la mandíbula es igual en el borde inferior en consecuencia el reborde residual mandibular parece migrar hacia lingual y abajo en la región anterior y migrar bucalmente en la región posterior. (2)

#### HIPERPLASIA MUCOSA.

La hiperplasia de los tejidos blandos subyacentes o alrededor de una dentadura completa es el resultado de una respuesta fibroepitelial al uso de tales prótesis es asintomática y puede estar limitado a los tejidos que rodean a los bordes de las dentaduras en las regiones palatinas vestibular y lingual.

#### ETIOLOGIA.

1. Cambios en los alvéolos después de las extracciones.
2. Traumatismo derivado del uso de dentadura artificial.
3. Reducción gradual del reborde residual.
4. Cambios en el perfil del tejido blando y en la función de la articulación temporomandibular.
5. Cambio en las proporciones relativas del maxilar y la mandíbula.
6. Hábitos y tiempo de uso de la prótesis.
7. Fuerzas aberrantes a las cuales están sometidas los tejidos de soporte. Ej. Los dientes naturales anteroinferiores o puestos a una dentadura completa superior.

## 8. Fuerzas excesivas sobre segmentos limitados de los arcos dentales.

La hiperplasia puede ser un crecimiento fibroso conocido como: Epulis Fissuratum, se desarrolla como resultado de irritación crónica causado por dentaduras mal ajustadas o sobre extendidas. Por lo general estos tejidos están hiperémicos e inflamados. lo indicado es la excisión quirúrgica pero solo después de prescribir un período de reposo del tejido para reducir el edema. Se encuentra con frecuencia en portadores de dentaduras a largo plazo y el sitio más común es la parte anterior de la mandíbula. (2)

## MATERIALES USADOS PARA LA BASE DE DENTADURA.

### RESINA ACRILICA.

El material que con frecuencia se usa es metilmetacrilato, llamado comúnmente resina acrílica o solo acrílica, el cual es modificado por medio de la edición de los monómeros de cadena que incrementan la resistencia al agrietamiento y la rigidez, para el color se agrega pigmento.

El polimetilmetacrilico es un polímero sólido compuesto de cadenas rectas largas de unidades moleculares de metilmetacrilato (monómero líquido).

Las resinas para base de dentaduras son suministradas en forma de monómeros líquidos y polimeros polvo, el líquido humedece al polvo y cuando endurece forma un aglutinante. (2)

### METAL.

Las bases metálicas de dentaduras pueden ser de una cantidad de diferentes materiales entre ellos:

Oro, aluminio-manganeso, platino, aleaciones de cobalto-cromo y acero inoxidable. (2)

### DIENTES

- × Plásticos
- × Cerámicos.

**DISEÑO**  
**METODOLOGICO**



Nuestro estudio se llevará acabo examinando a pacientes que actualmente residen en León a los que se le realizó prótesis total en el primer semestre de 1998.

#### **TIPO DE ESTUDIO.**

Descriptivo de corte transversal y exploratorio.

#### **AREA DE ESTUDIO.**

Ciudad de león en los diferentes barrios y repartos donde residen los pacientes incluidos en el universo de estudio.

#### **UNIVERSO DE ESTUDIO.**

Personas a las que se les realizó tratamiento de prótesis total.

#### **MUESTRA.**

Se examinara a pacientes que se les realizó tratamiento de prótesis total en el periodo de Marzo – Julio /98 y que residen el León.

#### **METODO DE RECOLECCION.**

- \* Ficha Clínica.
- \* Examen Clínico.

#### **CRITERIOS.**

Pacientes que portan prótesis total desde 1998.

#### **CRITERIOS PARA VALORAR EL FRACASO DE DENTADURAS.**

Una dentadura completa debe:

- \* Sustituir a la dentadura natural y estructuras asociadas del maxilar y mandíbula.
- \* Mantener saludables los tejidos bucales.
- \* Restaurar la función fonética y estética.

## RAZONES DE FRACASO.

### I. VALORACION INADECUADA DEL PACIENTE.

- a) Falla en el reconocimiento de las limitaciones psicológicas.
- b) Falla en el reconocimiento de las limitaciones físicas.
  - 1. Estructural
  - 2. Sistémicas
  - 3. Neuromuscular
  - 4. Secuelas postoperatorias y de radiación. (7)

### II. FALLA DEL DENTISTA PARA RECONOCER SUS LIMITACIONES.

- a) Conflictos personales con el paciente.
- b) Incapacidad profesional. (7)

### III. FALLA EN LA PREPACION DEL PACIENTE PARA DENTADURA TOTAL.

- a) Preparación física.
- b) Preparación psíquica.
- c) Alcance de las esperanzas del paciente.
  - 1. Función.
  - 2. Aspecto. (7)

### IV. ERRORES EN LA CONSTRUCCION.

- a) Espacio libre interoclusal insuficiente.
- b) Relación interoclusal incorrecta.
- c) Sobre y subextensión periférica.
- d) Incorrecta adaptación de las bases de dentadura a los tejidos subyacentes.
- e) Estética deficiente. (7)

FALLA EN EL PEDIDO DE CONSULTA CUANDO ESTA INDICADO (7)

### VI. FALTA DE CUIDADO ULTERIOR ADECUADO (7)

## HIGIENE ORAL

### BUENA.

Cuando el paciente mantiene sus dentaduras libres de cualquier residuo de alimento sea pastoso o filamentoso por medio de lavado de sus dentaduras y tejidos blandos después de cada comida.

### REGULAR.

Aquel paciente que le da mantenimiento higiénico a su dentadura y tejidos blandos pero que no es suficiente para mantenerlos fuera de materia que puedan ser fermentados.

### DEFICIENTE.

Cuando hay poca o nula limpieza de las dentaduras lo que facilita la formación de masas bacterianas y depósitos de las sales calcáreas que puedan originar halitosis inflamación de mucosas, etc. (2)

## CONTROL PARA VALORAR LAS DENTADURAS EN LOS PACIENTES.

Deben realizarse preguntas básicas para poder hacer la valoración específica sin dejar de revisar algún aspecto, que pueda ser de mucha importancia.

1. Actitud del paciente hacia estas dentaduras y el odontólogo que las realizó.
2. ¿Las dentaduras restauran de forma adecuada los dientes perdidos y estructuras asociadas?
3. ¿ Los tejidos bucales aparecen sanos?
4. ¿ El paciente lleva a cabo su función fonética y masticatoria?
5. ¿Armonizan la dentadura con el aspecto general del paciente?
6. ¿ Están construidas correctamente estas dentaduras?
  - a) Oclusión: relación céntrica, oclusión céntrica, movimientos de lateralidad.
  - b) Dimensión vertical.
  - c) Adaptación y extensión periférica de las bases de la dentadura.
7. ¿Se siente el paciente cómodo con estas dentaduras? (7)

### VALORACION FISICA.

Exhibe el paciente limitaciones físicas y pueden ser corregidos.

Se puede construir dentaduras adecuadas a pesar de ello. (7)

## EQUIPO DE TRABAJO.

Dos alumnas del V curso (Facultad de odontología, León 2000) cada una con diferentes funciones para realizar la tesis.

- EXAMINADOR: Encargado de realizar el examen clínico, con base en criterios y forma objetiva, utilizando el instrumental y conservarlo en orden y limpio.
- ANOTADOR: Escribe en letra clara y legible los datos brindados por el examinador.

## INSTRUMENTAL.

- x Espejo bucal.
- x Pinza de algodón.
- x Algodón.
- x Mascarilla.
- x Guantes.
- x Recipiente: Agua, Solución desinfectante.
- x Vasos desechables.
- x Luz indirecta.
- x Solución antiséptica.
- x Gabacha.

## RECURSOS HUMANOS.

- x Paciente.
- x Examinador (Instrumentista).
- x Anotador.

## RECURSOS FINANCIEROS.

- x Recursos propios.

## RECURSOS MATERIALES.

- x Instrumental.
- x Transporte.
- x Resma de papel.
- x Lápices.
- x Borrador.
- x Regla.
- x Folders.
- x Calculadora.
- x Computadora.



# RESULTADOS



Tabla #1

Grado de retención, soporte, estabilidad, reabsorción de maxilares en relación a la edad que presentaron los pacientes examinados.

Edad	MAXILAR		SUPERIOR						INFERIOR									
	Grados		Ret.		Sop.		Est.		Reab.		Ret.		Sop.		Est.		Reab.	
	No. Pac	No. %	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
48 - 57 Años	5	5	16.6	5	16.6	5	16.6	0	0	4	13.3	4	13.3	3	10	1	3.3	
58 - 67 Años	8	8	26.6	8	26.6	8	26.6	0	0	3	10	5	16.6	5	16.6	5	16.6	
68 - 77 Años	11	9	30	7	23.3	8	26.6	0	0	3	10	4	13.3	5	16.6	9	30	
78 - + Años	6	3	10	3	10	4	13.3	0	0	1	3.3	1	3.3	1	3.3	5	16.6	
Total	30	25	83.2	23	76.6	25	83.3	0	0	11	36.6	14	46.6	14	46.6	20	66.5	

Fuente: Primaria  
 Ret: Retención  
 Sop: Soporte  
 Est: Estabilidad  
 Reab: Reabsorción.

Tabla #2

Porcentaje de patologías paraprotésicas presentes en los pacientes examinados en relación a edad.

EDAD	PAT	A.O.H.M		A. MAX		A. MUC		Q.A		U/C		ES. P.		LEUQ		ALT POS		CAND		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
48-57	5	1	8.3	-	-	-	-	-	-	1	16.6	-	-	-	-	-	-	-	-	2	9.09
58-67	8	2	16.6	-	-	-	-	-	-	3	50	-	-	-	-	1	50	-	-	6	27.27
68-77	11	6	50	2	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	36.36	
78-+	6	3	25	-	-	-	-	-	-	2	33.3	-	-	-	-	1	50	-	-	6	27.27
TOTAL	30	12	99.9	2	100	-	-	-	-	6	99.9	-	-	-	-	2	100	-	-	22	99.99

FUENTE: Primaria.

A.O.H.M.: Atrofia Ósea con Hiperplasia Mucosa.

A. MAX.: Atrofia Maxilar- Mandibular.

A. MUC.: Atrofia Mucosa.

Q.A.: Querilitis Angular.

U/C.: Ulcera.

ES. P.: Estomatitis Protética.

LEUQ.: Leucoqueratosis.

ALT POS.: Alteración Posicional.

CAND.: Candidiasis.



Tabla #3

Grado de higiene oral de pacientes examinados en relación a edad.

Edad / Dominio	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
48 - 57	3	30	2	18.18	-	0	5	16.66
58 - 67	4	40	2	18.18	2	22.22	8	26.66
68 - 77	3	30	4	36.36	4	44.44	11	36.66
78 - +	-	-	3	27.27	3	33.33	6	20
TOTAL	10	100	11	100	9	100	30	100

FUENTE: Primaria.

Tabla #4

Estado del aparato protésico de pacientes examinados en relación a la edad.

CONSTRUCCION EDAD	BUEN ESTADO		MAL ESTADO		TOTAL	
48 - 57	1	6.66	4	26.66	5	16.66
58 - 67	5	3.33	3	20	8	26.66
68 - 77	4	26.66	7	46.66	11	36.66
78 . +	5	33.33	1	6.66	6	20
TOTAL	15	100	15	100	30	100

FUENTE: Primaria.

Tabla #5

Porcentaje de pacientes que dominan el aparato protésico en relación a edad.

EDAD	DOMINIO		TOTAL	
	Domina (Positivo)		Domina (Negativo)	
	No.	%	No.	%
48 - 57	3	25	2	11.11
58 - 67	5	41.66	3	16.66
68 - 77	3	25	8	44.44
78 - +	1	8.33	5	27.77
TOTAL	12	100	18	100
			30	100

FUENTE Primaria

**DISCUSION**

**DE**

**RESULTADOS**

De un total de 30 pacientes examinados se encontró:

48 – 57 años	5	pacientes representan	16.66%
58 – 67 años	8	pacientes representan	26.66%
68 – 77 años	11	pacientes representan	36.36%
78 - + años	6	pacientes representan	20.00%
	30		<u>100 %</u>

#### Tabla # 1.

Grado de retención, soporte estabilidad, reabsorción de maxilares (en relación a edad) que presentaron los pacientes de un total de 30 pacientes examinados.

#### Maxilar Superior.

25 presentan retención lo que representa el 83.2 %

23 presentan soporte lo que representa el 76.6%

25 presentan estabilidad lo que representa el 83.3%

Ninguno presenta reabsorción.

#### Maxilar Inferior.

11 pacientes presentan retención representa el 36.6%

16 pacientes presentan soporte representa el 46.6 %

15 pacientes presentan estabilidad representa el 46.6%

23 pacientes presentan reabsorción representa el 66.5%

#### Tabla # 2

Porcentaje de patología paraprotética, presentes en los pacientes examinados con relación a edad se encontró que:

En edades de 48 – 57 años un paciente presento A.O.H.M y un paciente presento Úlcera lo que representa 9.09%.

En edades de 58 – 67 años dos pacientes presentaron A.O.H.M, y tres presentaron úlcera, uno presento alteración posicional lo que representa 27.27 %.

En edades de 68 – 77 años seis pacientes presentaron A.O.H.M., dos pacientes presentaron Atrofia Maxilar, representa el 36.6%

En edades de 78 - + años tres presentaron A.O.H.M. dos pacientes presentaron úlcera y uno presento alteración posicional lo que representa 27.27 %.

### Tabla # 3

Pacientes examinados a los que se evaluó el grado de higiene oral en relación con edad podemos decir:

Edad de 48 – 57 años tres tienen higiene oral buena representa el 30%, dos tienen higiene oral regular representa el 18.18%, ninguno presentó higiene oral deficiente.

Edad de 58 – 67 años cuatro tienen higiene oral buena representa 40%, dos tienen higiene oral regular representa el 18.18 %, dos tienen higiene oral deficiente lo que representa 22.22%.

Edad de 68 – 77 años tres tiene higiene oral buena representa el 30%, cuatro tienen higiene regular representa el 36.36%, cuatro tienen higiene oral deficiente lo que representa el 44.44%.

Edad de 78 - + años ninguno presentó buena higiene, tres presentaron higiene oral regular. representa el 27.27%, tres presentaron higiene oral deficiente representa el 33.33%.

### Tabla # 4

Porcentaje de pacientes examinados a los que se evaluó el estado del aparato protésico en relación a edad:

Edad de 48 – 57 años. Un paciente presentó en buen estado el aparato protésico, representa el 6.66%, cuatro presentaron en mal estado su aparato protésico lo que representa 26.66%.

Edad de 58 – 67 años. Cinco pacientes presentaron en buen estado el aparato protésico. lo que representa 33.33% y tres en mal estado, representan 20%.

Edad de 68 – 77 años. Cuatro pacientes presentaron en buen estado el aparato protésico lo que representa 26.26% y siete en mal estado lo que representa 46.66%.

Edad de 78 -+ años. Cinco pacientes presentaron en buen estado el aparato protésico lo que representa el 33.33%, un paciente lo presentó en mal estado lo que representa el 6.66%.

Un total de 15 pacientes presentaron en mal estado el aparato protésico y 15 presentaron en buen estado su aparato protésico.

Tabla #5

Porcentaje de pacientes que dominan el aparato protésico en relación a edad.

48 – 57 años. Tres pacientes dominan el aparato protésico representa el 25%, dos pacientes no dominan el aparato protésico representa 11.11%.

58 – 67 años. Cinco pacientes dominan el aparato protésico representa 41.66%, tres pacientes no lo dominan y representan el 25%.

68 – 77 años. Tres pacientes dominan el aparato protésico representan el 25%, ocho pacientes no lo dominan representan el 44.44%.

78 - + años. Un paciente domina el aparato protésico, lo que representa 8.33%, cinco pacientes no lo dominan representa el 27.77%.

Para un total de: doce pacientes que si dominan el aparato y dieciocho pacientes que no dominan el aparato.

# CONCLUSIONES



Acerca del estudio realizado en el cual se evalúa prótesis totales realizadas en clínicas multidisciplinarias Facultad de Odontología a pacientes del área urbana de León en el período Marzo – Julio /1998. Podemos concluir que:

De un total de treinta pacientes examinados en relación a: Grado de soporte, retención, estabilidad y reabsorción que presentan los pacientes se encontró que:

- 1 En el maxilar superior es mayor el grado de soporte, retención y estabilidad que presentan los pacientes, no se presentó reabsorción.
- 2 En el maxilar inferior es menor el grado de retención, soporte, estabilidad y mayor el grado de reabsorción.
- 3 La patología que con mayor frecuencia se presentó fue, atrofia ósea con hiperplasia mucosa, seguido de úlcera, alteración posicional, las edades en que más se presentan patologías fueron, entre 68 – 77 años y 78 a más, se cree sea debido al uso de prótesis totales desde hace mucho tiempo, aunque estas fueron renovadas en el año a partir del cual se realizó el estudio, además de malos hábitos de higiene oral.
- 4 En relación a: higiene oral podemos decir que el grado de higiene oral va disminuyendo conforme aumenta la edad, en pacientes de edad avanzada se presentó higiene oral deficiente con mayor frecuencia, debido a:
  - 1 Pacientes tienen disminuida su capacidad motora.
  - 2 Pacientes que han perdido o no tienen el hábito de cepillar sus dentaduras, después de las comidas.
- 5 En relación al estado de las prótesis totales se pudo concluir que no hay relación directa en cuanto al estado del aparato y la edad, más bien se debe al cuidado que cada paciente le da a sus dentaduras.
6. Es mayor la cantidad de pacientes que no dominan el aparato protésico, independientemente de la edad; razones por la cual no dominan el aparato protésico es: Uso poco frecuente de las dentaduras; dentaduras mal ajustadas sobre todo la inferior.

# RECOMENDACIONES

1. Monitorear, evaluar y supervisar ordenadamente las actividades educativas (Prácticas) de los estudiantes encargados de realizar prótesis totales, para evitar errores en la construcción.
2. Hacer posible la creación de hábitos de higiene oral y cuidado de la prótesis, tanto a pacientes como a personas que están más cerca de ellos para que en conjunto puedan mantener higiene adecuada y en buen estado el aparato protésico, esto también ayuda al paciente a mantenerse fuera de patologías que puedan ser perjudiciales.
3. Enseñar al paciente de forma adecuada el control neuromuscular que debe guardar para el dominio de las dentaduras.
4. Realizar estudios periódicos al terminar el tratamiento, para poder llevar un mejor control acerca del estado de estas dentaduras.

# RESUMEN

En el estudio realizado en el cual llevamos a cabo una evaluación, del estado de prótesis totales realizadas en clínicas multidisciplinarias a pacientes del área urbana de León. en el primer semestre de 1998 los aspectos relevantes que tomamos en cuenta al realizar esta evaluación fueron: estado de rebordes residuales, patologías asociadas. higiene de estos pacientes y manejo más o menos de las dentaduras de lo cual pudimos apreciar.

Reborde alveolar inferior más reabsorción que el superior, donde hay mayor retención. soporte y estabilidad.

Patologías se presentan con poca frecuencia debido al poco tiempo de portar las prótesis

Los pacientes no guardan higiene oral adecuada, no le dan el cuidado y manejo adecuado a sus dentaduras lo que contribuye a fracturas y convierte el aparato en mal estado (fracturas de las bases, dientes, etc.).

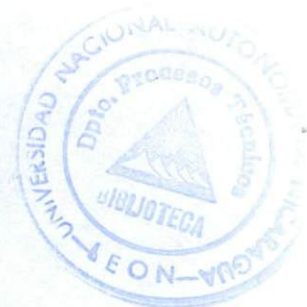
# **BIBLIOGRAFIA**

1. Dr. Dennis Escorcia. Manual de prostodoncia total.  
Pag. 4 – 9. 49 – 52.
2. Boucher. Prostodoncia total 10ma Edición 1.990.  
Pag. 34 – 39. 41 – 42. 340. 503 – 504.
3. Departamento Odontología Restaurativa UNAN – LEÓN.  
Folleto de Anatomía Boca Desdentada León Marzo 2.000.
4. Departamento Odontología Restaurativa UNAN LEÓN.  
Folleto de Diagnostico y Plan de Tratamiento Marzo 2.000.
5. E – mail – mmainier @cariari.ucr.ac-cr.
6. W/G Shafer BM Levy. Patología Bucal 4ta. Edición 1,995  
Pag. 33 – 37.
7. Departamento de Odontología Restaurativa UNAN LEÓN.  
Fracaso en las Dentaduras Junio 2.000.

**ANEXOS**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.  
FICHA CLÍNICA.



Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

I. Reborde Residual.

	SUP.	INF.
a) Reabsorbido	_____	_____
b) Retención.	_____	_____
c) Soporte	_____	_____
d) Estabilidad	_____	_____

II. Patologías Asociadas

	SÍ	NO
a) Atrofia ósea con hiperplasia mucosa.	_____	_____
b) Atrofia de los maxilares.	_____	_____
c) Atrofia mucosa	_____	_____
d) Queilitis angular.	_____	_____
e) Úlcera.	_____	_____
f) Estomatitis protética.	_____	_____
g) Leucoqueratosis.	_____	_____
h) Alteración posicional.	_____	_____
i) Candidiasis	_____	_____

Higiene Oral.

a) Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Deficiente \_\_\_\_\_

Estado del Aparato.

a) Buen estado \_\_\_\_\_ b) Mal estado \_\_\_\_\_

III. Dominio al Uso del Aparato.

Positivo \_\_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_\_

IV. Observaciones.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

