

**TRATAMIENTO IDEAL PARA PACIENTE EDENTULO TOTAL CON
PROBLEMAS DE REDUCCIÓN DE LOS REBORDES RESIDUALES**

ALEJANDRA M. ACUÑA F.	COD. 981058
DELIA ORTIZ CORREA	COD. 991246
CONSTANZA RODRÍGUEZ R.	COD. 981260
JHON H. ROJAS DELGADO	COD. 011103
NAYIBE UMAÑA BASTIDAS	COD. 021341

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

AREA DE ODONTOLOGÍA INTEGRADA

BOGOTA, 8 DE OCTUBRE DE 2003

**TRATAMIENTO IDEAL PARA PACIENTE EDENTULO TOTAL CON
PROBLEMAS DE REDUCCIÓN DE LOS REBORDES RESIDUALES**

ALEJANDRA M. ACUÑA F.

DELIA ORTIZ CORREA

CONSTANZA RODRÍGUEZ R.

JHON H. ROJAS DELGADO

NAYIBE UMAÑA BASTIDAS

**PRESENTADO A:
Dra. NERY VILLOTA ZUÑIGA**

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

AREA DE ODONTOLOGÍA INTEGRADA

BOGOTA, 8 DE OCTUBRE DE 2003

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVOS.

1.1 OBJETIVO GENERAL.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

2. PROSTODONCOIA TOTAL.

2.1 CLASIFICACION DEL PACIENTE DESDENTADO TOTAL.

2.2 CLACIFICACION PSICOLÓGICA DEL PACIENTE.

2.3 DIVISION DE LA PRÓTESIS TOTAL.

2.4 REQUISITOS DE UNA PRÓTESIS TOTAL.

3. REDUCCIÓN DE LOS REBORDES RESIDUALES

3.1 PATOLOGIA DE LA REDUCCIÓN DE LOS REBORDES RESIDUALES

4. FORMAS DE CONSERVAR EL TEJIDO

4.1 DESCANSO DEL TEJIDO

4.2 HIGIENE DE LAS PRÓTESIS TOTALES

4.3 HIGIENE Y MASAJE DEL TEJIDO

5. ADHESIVOS PARA PRÓTESIS DENTALES

6. CANCER DE UTERO

6.1 DEFINICION

6.2 RIESGO

6.3 SINTOMAS

6.4 DIAGNOSTICO

6.5 CLASIFICACION DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO

6.6 TRATAMIENTO

6.7 PRONOSTICO

7. CONCLUSIONES

8. ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

No todos los pacientes desdentados o en potencia de serlo son candidatos aptos para ser rehabilitados con una prótesis dentaria convencional. El conocimiento de la actitud mental de los pacientes hacia la prótesis total y/o prótesis parcial fija o removible, de la historia medica y odontológica, del estado de los factores locales tanto físicos como biológicos y de la radiografía bucal, permite al odontólogo hacer un diagnostico protésico claro, con un propósito favorable apoyado en un acertado plan de tratamiento.

La boca es un complejo que desempeña diversas funciones masticatorias, de deglución y de fonación; para ello necesita tener todas sus estructuras anatómicas que en conjunto desempeñen dichas funciones. Las piezas dentarias se engranan con las opuestas, y al faltar una de ellas se ve alterado la oclusión del paciente llevando como consecuencia desarmonías oclusales.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Presentar información sobre un caso clínico cuyo tratamiento fue analizado para dar una alternativa de tratamiento para pacientes con disminución del reborde alveolar y que no pueden ser tratados con implantes debido a su mayoría de edad.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Dar a conocer el estado oral inicial del paciente a tratar.
- Plantear el tratamiento adecuado para la rehabilitación oral del paciente.
- Lograr la aceptación por parte del paciente del tratamiento a seguir.

TRATAMIENTO IDEAL PARA PACIENTE EDENTULO TOTAL CON PROBLEMAS DE REDUCCIÓN DE LOS REBORDES RESIDUALES

Una prótesis es todo elemento artificial que sirve para reemplazar una parte de nuestro cuerpo perdida o dañada. La Prostodoncia es una rama de la odontología encargada de reemplazar las piezas dentales perdidas, ya sea por ausencia, fractura, o por que necesite corrección de alguna restauración, devolviendo la estética y la función del sistema estomatognatico, de acuerdo a las necesidades del paciente, el odontólogo elige el tipo de prótesis, ya sea fija o removible.

La prótesis dental es elaborada con diferentes materiales, entre ellos tenemos: resinas, porcelanas, metales, últimamente fibra de carbono, fibra de vidrio, dando como resultados estéticos y funcionales satisfactorios; hay que tener en cuenta que para tener éxito en la rehabilitación oral se deben eliminar las posibles causas que llevaron a la perdida dental, cambiar los malos hábitos de higiene oral, principalmente concienciar a los pacientes del cuidado de sus "nuevos" dientes, para evitar futuros fracasos.

Existen dos tipos de tratamiento prostodontico: prótesis fija

(coronas individuales, prótesis parcial fija) y prótesis removible

(prótesis total, prótesis parcial removible)

2. PROSTODONCIA TOTAL.

La prótesis total es el método terapéutico por medio de un aparato artificial que remplace los dientes perdidos de uno o ambos maxilares, con el fin de reestablecer la función masticatoria, la fonación y la estética, devolver la normalidad del estado anímico y psíquico del paciente además de lograr el confort o tolerancia de los aparatos protésicos por parte del paciente dando la forma de los tejidos perdidos por causa de la ausencia dentaria.

2.1 CLASIFICACION DEL PACIENTE DESDENTADO TOTAL

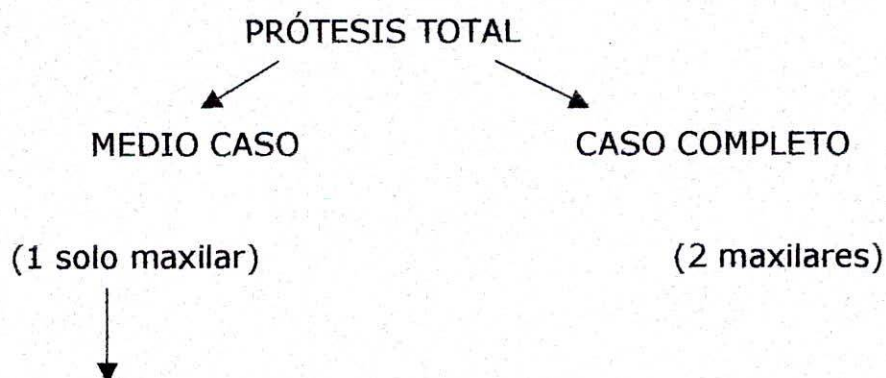
- ✓ **Primitivo:** Pacientes que nunca han usado una prótesis total.
- ✓ **Tratados:** Pacientes que ya han usado prótesis total.
- ✓ **Futuros:** pacientes que se les va a realizar una prótesis total inmediata.

2.2 CLASIFICACION PSICOLÓGICA DEL PACIENTE

- ✓ **Filosófico:** Aceptan sin cuestionamiento lo propuesto por el odontólogo actitud ideal para el tratamiento.

- ✓ **Indiferentes:** Se preocupa muy poco por sus dientes y salud oral, aprecian poco los esfuerzos del odontólogo, actitud desalentadora por el profesional.
- ✓ **Critico:** Encuentra fallas en todo lo que le realiza, el no identificarlo durante el diagnostico causara muchos problemas en el desarrollo del tratamiento.
- ✓ **Escéptico:** Han tenido malos resultados con los tratamientos anteriores, dudan que alguien los pueda ayudar, requieren de ayuda amable y simpatía.

2.3 DIVISIÓN DE LA PRÓTESIS TOTAL.



Prótesis total inmediata: Se realiza después de las Exodoncias

Sobredentadura: Implantosoportada: Sobre implantes

Dentó soportada: Sobre las raíces dentarias

Prótesis maxilofacial: Pacientes que se les extrae el maxilar

2.4 REQUISITOS DE UNA PRÓTESIS TOTAL.

RETENCION

Es la capacidad de la prótesis de no dejarse desplazar por las fuerzas de extrusión una vez colocada en boca.

ESTABILIDAD

Capacidad de la prótesis de no dejarse desplazar por las fuerzas transversales.

SOPORTE

Capacidad de las superficies anatómicas de oponerse a las fuerzas de intrusión de la prótesis.

RESILENCIA

Capacidad de un cuerpo de absorber energía sin deformarse.

ASIMETRÍA Y COLAPSO FACIAL

Cuando existe asimetría facial se debe establecer un diagnóstico diferencial de acuerdo con su origen el cual puede ser: infeccioso, inflamatorio, neoplásico o funcional.

Las alteraciones de los músculos de la cara que se presentan en los pacientes con parálisis facial, enfermedad de Parkinson, hipermovilidad mandibular y alteraciones genéticas como el labio leporino, deben considerarse para determinar el grado de compromiso funcional de la musculatura y la causa de dicha alteración.

El colapso facial se debe a la pérdida de los tejidos duros como los dientes y el hueso alveolar, los cuales sirven de soporte para los músculos faciales; como consecuencia de estos se acentúan los surcos nasolabial, labiogenianos y labiomental; Además el mentón se hace más prominente. El colapso se aprecia más en el tercio inferior de la cara y aumenta con la edad.

TONICIDAD Y DOMINIO MUSCULAR

La tonicidad muscular de acuerdo con la velocidad de reacción se clasifica en:

1. Hipertónico, cuando la velocidad de reacción ante el estímulo es rápida y muestra rigidez a la tracción.
2. Hipotónico o flácido, cuando la velocidad de reacción es lenta y presenta poca resistencia a la tracción.
3. Eutónico, cuando la respuesta a la tracción es normal.

El dominio muscular es el control voluntario y consciente que el paciente tiene sobre su musculatura.

PERFIL Y FORMA FACIAL

El perfil es el contorno de la cara en el plano sagital que va desde la línea del cabello hasta el mentón, los músculos de referencia para este son la glabella, la base nasal y el mentón. Este aspecto se correlaciona esqueléticamente con la relación maxilo-mandibular de clase I, II, III de Angle, de estas la de mejor pronóstico protésico es la clase I que corresponde al perfil recto. La forma de la cara es el contorno facial en el plano frontal para lo cual se divide la cara en los tercios frontal, medio e inferior; se selecciona el tercio de mayor diámetro y se relaciona con los demás de tal manera que permite definir si la forma es cuadrada, ovoide, triangular o combinada. De esta última la forma más común es la cuadrada-triangular.

FORMA Y ESPESOR DE LOS LABIOS

Para determinar la forma de los labios de relacionarse la distancia intercomisural con la línea bipupilar por medio de una perpendicular. Si esta coincide con la comisura corresponde a un labio mediano, pero, si la línea intercomisular es externa a la perpendicular se observa un labio largo y si es interna un labio corto. Esta diferenciación es importante porque permite precisar la amplitud de los seis dientes anteriores.

LONGITUD DEL LABIO SUPERIOR.

En el plano vertical la longitud labial se determina por la relación entre el reborde residual superior y el borde inferior del labio superior; de acuerdo con esta apreciación se clasifican de la siguiente manera:

1. Labio corto: Se clasifica si cuando coincide la altura del reborde superior con el borde inferior del labio superior.
2. Labio mediano: En este, el labio superior cubre moderadamente hasta unos 5mm el reborde superior.
3. Labio largo: Cuando el labio superior sobrepasa por mas de 5mm el reborde superior.

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Es una articulación compleja formada por el cóndilo mandibular, la cavidad glenoidea del hueso temporal y el disco interarticular. Tanto la superficies articulares como la porción central del disco están constituidas por tejido conectivo fibroso denso avascular y sin innervación.

La presencia de tejido conectivo fibroso denso sugiere que las fuerzas de corte predominan sobre las fuerzas de compresión; la mayor parte de estas últimas es soportada por la dentición natural de tal suerte que, no se recurre a la articulación para contrarrestarlas; por lo tanto, la pérdida de la dentición natural coloca fuerzas comprensivas adicionales sobre la articulación, la cual se ve obligada a adaptarse a nuevas demandas funcionales. Esto se manifiesta por la aparición de condroblastos y de sulfato de condroitina en las articulaciones más viejas, así como de áreas con fibrocartilago y de remodelación articular.

Un esfuerzo continuo, superior a la capacidad de adaptación de los tejidos articulares, puede producir enfermedades degenerativas como artrosis y osteoartrosis; por tanto, el paciente edentado está particularmente propenso a presentar enfermedades degenerativas de

articulación, especialmente aquellos cuyos tejidos no pueden adaptarse de manera adecuada a cambios funcionales.

MUSCULOS.

Estos proporcionan la energía necesaria para mover el maxilar inferior y permiten la función del sistema masticatorio; ellos son el masetero, el temporal, el pterigoideo interno o medial y el pterigoideo externo o lateral.

El músculo masetero puede afectar la prótesis inferior en su ángulo distovestibular, por tal razón el borde de la dentadura debe converger suavemente hacia la almohadilla retromolar.

Clínicamente, el masetero se puede presentar hipertrofiado debido a un exceso de demanda funcional unilateral o bilateral, lo cual repercute en una evidente asimetría facial. Los pacientes que tienen ese problema y que usan prótesis superior presentan frecuentemente fracturas de este en su línea media.

INSERCIONES MUSCULARES, FRENILLOS Y LIGAMENTOS MAXILARES

En el examen se debe observar el estado de las inserciones musculares y de los frenillos ubicados en las zonas labiales, vestibular y lingual tanto en el maxilar superior como en el maxilar inferior, así como el número y la proximidad de ellos al reborde residual. Estas estructuras son importantes para determinar la mayor o menor zona de soporte disponible para la prótesis y para el diseño de la cubeta individual. A menor número de inserciones y a más alejadas del aspecto coronal del reborde residual, mejor pronóstico protésico.

Las inserciones musculares se clasifican de la siguiente manera:

1. Inserciones altas: Cuando están alejadas del reborde residual.
2. Inserciones bajas: Cuando están muy próximas al reborde residual.
3. Inserciones medianas: Cuando esta en una posición intermedia

Cuando la inserción del frenillo está cerca de la cresta del reborde se disminuye la extensión periférica de la prótesis y la retención de la dentadura, situación en la cual está indicada la frenilectomía con incisión estrecha en forma de V, disección de la inserción muscular hasta

alcanzar el periostio y la realización de u procedimiento mucogingival con injertó libre epitelial de mucosa o piel; Con esto se logra un incremento en la superficie de asiento para la prótesis definitiva y, por tanto, un mejor pronostico.

Los ligamentos pterigomaxilares pueden obstaculizar la delimitación, inserción o fase adaptativa de la prótesis total definitiva; si este es el caso debe desinsertarse quirúrgicamente sin que represente mayores inconvenientes para el paciente.

MUCOSAS

En el maxilar superior conviene diferenciar tres tipos de mucosa: la platina, la gingiva y la oral de revestimiento que se continua con la mucosa de la mejilla, en el fondo del surco vestibular.

La mucosa platina anterior o masticatoria es gruesa, resistente y esta adherida firmemente al hueso sin interposición de submucosa: hacia delante emergen las rugosidades palatinas con la papila incisiva que cubre el orificio palatino anterior. La mucosa palatina posterior del paladar suele ser más delgada que la anterior, pero hacia atrás se engruesa nuevamente por la aparición de una submucosa que aloja tejido adiposo y glándulas mucosas.

La encía o mucosa gingival es gruesa, insertada, queratinizada y generalmente es de color rosado claro; por encima de la encía adherida e insertada esta la mucosa oral de revestimiento, la cual es delgada, lisa, suele ser más rojiza y es móvil. A los puntos de unión entre estas dos mucosas se les llama línea de inserción o línea cero anatómica.

La diferencia clínica de los tres tipos de mucosa tanto para el maxilar inferior como para el superior es lo que ayuda a delimitar las tres zonas fundamentales para la realización de la prótesis, a saber: zona móvil, zona neutra o funcional y zona extático o de soporte. Desde el punto de vista pronóstico, es necesario diferenciar clínicamente la consistencia de la mucosa, la cual varía entre un paciente y otro, ya que mientras unos presentan rebordes residuales recubiertos de mucosa gruesa y elástica otros poseen membranas delgadas, atrofiadas y con poco tejido conectivo subepitelial.

El grado de movilidad del tejido blando del reborde es otra apreciación clínica importante. La firmeza de la mucosa en la zona estacionaria depende directamente del tipo de atrofia presentado por los tejidos duros y blandos del reborde residual durante su proceso de resorción.

Los tipos son:

1. Atrofia total: esta sucede cuando el hueso y la mucosa se atrofian de manera simultanea, lo cual se manifiesta clínicamente como un tejido firme.
2. atrofia parcial: esta se presenta cuando la atrofia ósea es mas asentada que la mucosa y se manifiesta clínicamente como un tejido blando pero con un mayor o menor grado de movilidad.

Desde 1962, Atwood clasifico los factores responsables de la atrofia en cuatro grupos:

1. Factores anatómicos es los cuales se incluye todos los relacionados con la forma y estructura de los maxilares; a mayor volumen y densidad ósea, menor proceso atrófico.
2. Factores metabólicos que dependen de la calidad biológica del hueso, el cual debe guardar un equilibrio bioquímico entre el proceso de resorción y el neoformación. La edad influye desfavorablemente por la tendencia progresiva al predominio de los factores destructivos, como se observa en la osteoporosis.
3. Factores funcionales y protésicos muy diferentes de separar porque todo defecto mecánico de la prótesis, como una mala articulación o una adaptación defectuosa influye desfavorablemente sobre los maxilares.

4. Factores quirúrgicos que dependen de la mayor o menor cantidad de tejido que se elimine puesto a que a mayor agresión sobre la tabla externa y sobre el hueso mayor estímulo de proceso atrófico.

TAMAÑO Y FORMA DE LOS MAXILARES

El tamaño de los maxilares es variable. Algunos son grandes, otros medianos y otros pequeños pero, en términos generales, para fines protésicos son mas favorables los de mayor tamaño; sin embargo en ocasiones el gran tamaño principalmente del maxilar superior se debe a hipertrofias óseas o mucosas que aumentan la retención de la prótesis e impiden su inserción, por lo cual debe considerarse la posibilidad de corrección quirúrgica preprotésica.

La forma y el tamaño de cada reborde, en particular, deben ser considerados en toda su extensión porque hay una gran variedad en su presentación; por ejemplo, puede ser voluminoso de un lado y muy atrofiado en el otro y, así mismo, ser redondeado en zonas anteriores y muy afilado en zonas posteriores.

El tamaño del reborde se mira en sentido vertical y se clasifica en: prominente o largo, atrofiado o corto y mediano, a veces el proceso de

resorción especialmente en el maxilar inferior, es tan avanzado que el reborde se presenta invertido o negativo. El mediano, en términos generales, es el de mejor pronóstico.

La resorción del reborde residual es crónica, progresiva, irreversible y acumulativa: avanza con lentitud durante un tiempo largo y pasa de una etapa a la siguiente en forma imperceptible. Los incrementos anuales de pérdida ósea presentan un efecto acumulativo sin que se haya observado un crecimiento nuevo de los rebordes.

Cuando la atrofia es por presión o por trauma las consecuencias de esta son muy mayores que la presentada por inactividad o por senilidad.

Los rebordes que favorecen la retención de la prótesis y aumentan su eficacia masticatoria son aquellos medianamente redondeados que permiten el selle periférico del borde protésico en toda su extensión: mientras que los rebordes en forma de techo, aplanados o invertidos tienen un pronóstico reservado.

RELACION ENTRE LOS REBORDES RESIDUALES Y EL ESPACIO MAXILOMANDIBULAR

De acuerdo con la velocidad y grado de resorción de los rebordes en el plano sagital se relacionan así:

1. Relación normal: cuando el reborde superior esta ligeramente por delante del inferior.
2. relación ortognatica: cuando el reborde superior esta ligeramente por delante del inferior.
3. Relación prognatica: cuando el reborde residual inferior esta por delante del reborde residual superior.
4. Relación cruzada: cuando la amplitud del arco inferior sobrepasa la del superior.
5. Relación retrognara: cuando la posición el reborde inferior es muy distante en sentido anteroposterior de la superior.

El espacio maxilomandibular es la distancia entre los rebordes en posición postural y se clasifica en grande, mediano y pequeño: el primero de estos es el de mejor pronostico, pues facilita la disposición y alineación adecuada de los dientes. En general el tamaño el espacio se relaciona con el grado de resorción e los tejidos de tal manera que cuando mayor sea esta el espacio intermaxilar es mas grande y viceversa.

PALADAR DURO, BLANDO Y SELLE PALATINO POSTERIOR

El paladar duro se presenta clínicamente, de acuerdo con su profundidad, como alto o profundo, profundo y cerrado en sentido transversal, en forma de V, mediano o bajo o plano.

El paladar mediano es el que mas favorece la prótesis mientras que el paladar en forma de V es el menos favorable porque el menor movimiento de la dentadura durante la función masticatoria logra romper el selle pues no existe una zona de soporte horizontal adecuada que proporcione el espacio para establecer u selle palatino posterior funcional.

El selle palatino se localiza en la parte posterior de la cavidad oral en la unión entre el paladar duro y el paladar blando: esta compuesto por una línea anterior que delimita la cantidad de tejido depresible en ese sitio llamada línea de vibración anterior y por un línea posterior o línea del Ah! Que determina la zona funcional de los paladares.

LA LENGUA

La lengua es una estructura que esta unida al piso bucal, al cuello, a la laringe, a la faringe y al maxilar superior e inferior, por su posición y función tiene gran importancia dentro de la anatomía protésica. La notable actividad como órgano que participa en la fonación y en la función digestiva hace que su apreciación clínica sea muy importante para la elaboración de la prótesis total.

Según su tamaño se clasifica en lengua grande o macroglosia, pequeña o microglosia y mediana o normoglosia.

3. REDUCCIÓN DE LOS REBORDES RESIDUALES

Después de las extracciones de los dientes, el alveolo vacío se llena de sangre, la cual subsecuentemente se coagula, organiza y remplaza con hueso nuevo. El mucoperiostio colocado quirúrgicamente por aposición, cubre el hueso alveolar remanente y al alveolo que esta cicatrizando. Los bordes residuales a los que se les ha ajustado con precisión una prótesis, cambian de forma y reducen su tamaño en diferentes grados y en diferentes individuos y en el mismo individuo en momentos diferentes, debido al continuo proceso de reducción del borde residual el tratamiento del paciente edentado requiere una fase de mantenimiento que debe hacerse durante lo que le reste de vida.

El costo en términos económicos y humanos hace que la reducción de los rebordes residuales sea la principal enfermedad que puede describirse y catalogarse en términos de su patología fisiopatología epidemiología etiología tratamiento y prevención.

3.1 PATOLOGIA DE LA REDUCCIÓN DEL REBORDE RESIDUAL.

El cambio estructural básico en la Reducción Del Reborde Residual es una reducción del tamaño de la cresta ósea bajo el mucoperiostio.

Algunas veces puede dejar un excesivo mucoperiostio de revestimiento sin embargo algunas veces no hay tejidos blando excesivo en zonas donde ha ocurrido una severa perdida ósea.

Amplios estudios anatómicos de hueso mandibulares secos han mostrado una amplia variedad de formas y tamaños en los bordes residuales. Se han descrito un sistema de seis grados en la forma del borde residual:

- ✓ Clase I : Preextracción
- ✓ Clase II: Postextraccion
- ✓ Clase III: Alta, bien redondeada
- ✓ Clase IV: En filo de cuchillo
- ✓ Clase V: Baja y bien redondeada
- ✓ Clase VI: Con una depresión

4. FORMAS DE CONSERVAR SANO EL TEJIDO

Existen tres factores que influyen para mantener sano el tejido oral en una persona dentada: el descanso adecuado del tejido la higiene optima de la dentadura y la limpieza de los tejidos orales

4.1 DESCANSO DEL TEJIDO:

Al quitarse las prótesis maxilar y mandibular antes de ir a dormir sirve para dos cosas: proporciona un tiempo conveniente para sumergir las prótesis en una solución limpiadora y permite que los tejidos orales descansen para compensar la carga diaria colocado sobre ellas por el uso de las prótesis. Se les debe hacer saber a los pacientes que para los tejidos orales no es algo normal el estar cubierto o soportar una base de una prótesis dura. Esto es debido a que todas las fuerzas oclusales son de tipo compresivo en los tejidos blandos por lo cual oprime los tejidos entre la dentadura y el hueso.

4.2 HIGIENE DE LAS PRÓTESIS TOTALES

- ✓ Limpieza Con agentes químicos (una cucharada de hipoclorito de sodio una cucharada de calgon y cuatro onzas de agua)
- ✓ Limpiezas mecánicas, es el método mas conocidos para limpiara las prótesis es por medio de un cepillo de cerdas blandas jabón o pasta limpiadora y agua.

- ✓ Limpiadores Sonicos (manchas de cigarrillo y café)

4.3 HIGIENE Y MASAJE DEL TEJIDO

El cepillado del tejido ayuda a controlar la inflamación de este, observada con frecuencia y que el cepillado de la dentadura no es tan efectiva para reducir la inflamación del tejido, también el cepillado de la lengua también es útil para el paciente con prótesis total.

5. ADHESIVOS PARA PRÓTESIS DENTAL

Se puede utilizar como una ayuda temporal para aumentar la retención de las dentaduras. Sin embargo una prótesis mal ajustada afecta la salud por lo tanto se debe consultar al odontólogo para un examen periódico.

Entre los pacientes con prótesis completa se encuentra muy difundido el uso de los adhesivos, sin embargo su uso incontrolado no concuerda con los resultados de los estudios realizados. Woelfel y cols dicen que todos los adhesivos de dentadura ocupan un espacio.

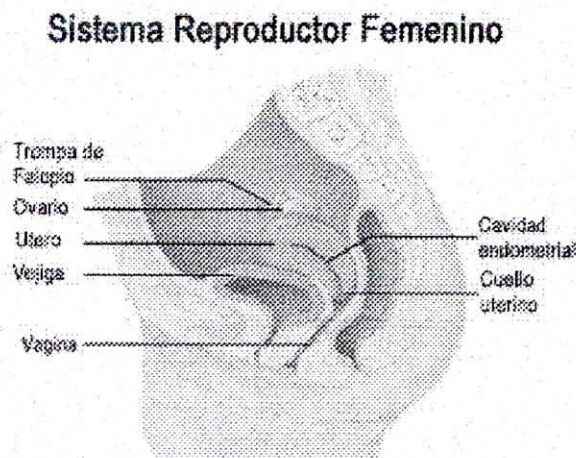
Ni el paciente ni el odontólogo pueden lograr la distribución del compuesto adhesivo solo en las pocas áreas en donde la dentadura no se ajusta bien, como resultado de esto el polvo que se expande al humedecerse ocupa un espacio que no debe existir ocasionando falla en

la colocación de la dentadura sobre el tejido. Se recomienda que si un paciente después de ir a consultar con su odontólogo, encuentra necesario aumentar en forma temporal la retención de la dentadura se espolvoree un poco de polvo adhesivo sobre la superficie húmeda hacia el tejido de la base de la dentadura, después de esto se debe sacudir el exceso de polvo antes de que el paciente se coloque con cuidado la prótesis, una vez que se asiente bien se le debe pedir al paciente que cierre la boca despacio en la posición mandibular retruida para permitir la posición final de la dentadura. Cuando el paciente quiera renovar el adherente debe sacar la dentadura limpiar a fondo todo el remanente del adhesivo utilizado y volver a aplicar el nuevo adhesivo en la forma indicada.

6. CANCER UTERINO

6.1 DEFINICION

Es una forma de cáncer en la cual se encuentran células cancerosas en los tejidos del cuello uterino y el útero. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento).



Este tipo de cáncer, la malignidad pélvica femenina más común, generalmente ataca a mujeres en la etapa de la menopausia (50 a 70 años).

6.2 RIESGOS:

- ✓ Obesas con Diabetes tipo 2
- ✓ Inicio de menstruación a temprana edad (menores de 12 años) o de menopausia tardía, después de los 52 años
- ✓ Que nunca han tenido hijos
- ✓ En tratamiento con estrógeno sin progesterona
- ✓ En tratamiento prolongado con la droga tamoxifen para el cáncer de seno

El cáncer cervicouterino suele crecer lentamente por un período de tiempo. Inicialmente sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia.

La prueba de Papanicolaou generalmente encuentra estas células. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes

6.3 SINTOMAS

Los síntomas son iguales a los que comúnmente ocurren en cualquiera de las enfermedades del sistema reproductivo femenino y no son específicos de esta enfermedad:

- Sangrado vaginal anormal
- En etapa tardía: dolor abdominal bajo.

6.4 DIAGNOSTICO

El médico debe hacer una serie de pruebas para buscar el cáncer. La primera prueba es la de Papanicolaou. Si se encuentra células anormales, el médico tendrá que extraer una muestra de tejido (este procedimiento se conoce con el nombre de biopsia) del cuello uterino y lo observará a través del microscopio para ver si hay células cancerosas. Para efectuar una biopsia sólo se necesita una pequeña cantidad de tejido y puede hacerse en el consultorio médico. Si para hacer la biopsia el médico necesita extraer una muestra mayor en forma de cono (conización), la paciente quizás tenga que ir al hospital.

6.5 CLASIFICACION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO

0	Etapas 0 o carcinoma in situ El carcinoma in situ es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino
I	Etapas I El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores. Etapas IA: una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino Etapas IB: una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino
II	Etapas II El cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica. Etapas IIA: el cáncer se ha diseminado fuera del cuello

	uterino a los dos tercios superiores de la vagina Etapas IIB: el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino
III	Etapas III El cáncer se ha diseminado a toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los uréteres).
IV	Etapas IV El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo. Etapas IVA: el cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino) Etapas IVB: el cáncer se ha diseminado a órganos distales como los pulmones
	Recurrente La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto (reaparecido) después de haber sido tratado. Puede volver al cuello uterino o a otro lugar.

6.6 TRATAMIENTO

Existen tratamientos para todas las pacientes con cáncer cervicouterino.

Se emplean tres clases de tratamiento:

1. **Cirugía** (extracción del cáncer en una operación)
2. **Radioterapia** (uso de rayos X de alta energía u otros rayos de alta energía para eliminar las células cancerosas)
3. **Quimioterapia** (uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas).

El tratamiento se basa en la extensión de la enfermedad, si el cáncer es localizado en útero se maneja con histerectomía, con o sin radioterapia. Sin embargo, si el cáncer esta esparcido en el momento del diagnostico, existen variadas formas de tratamiento: cirugía ampliada, radiación, terapia hormonal y quimioterapia.

1. Cirugía:

La histerectomía es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total.

A veces los ovarios y las trompas de Falopio también se extraen; este procedimiento se llama salpingooforectomía bilateral.

La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extrae los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de frijol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones.)

Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, el médico puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este procedimiento se llama exenteración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación.

2. La radioterapia:

Consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las

células cancerosas (radiación interna). La radioterapia puede emplearse sola o además de cirugía.

3. La quimioterapia:

Consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Puede tomarse en forma de píldoras o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino.

6.7 PRONOSTICO

El pronóstico (posibilidades de recuperación) y la selección del tratamiento depende de la etapa en que se encuentra el cáncer (sí se encuentra en el cuello uterino o sí se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud en general de la paciente.

Entre mas temprano se diagnostique el cáncer uterino mejor es el pronóstico. Hasta un 90% sobreviven a los 5 años luego del diagnóstico cuando la enfermedad esta localizada en el útero. Sin embargo si hay invasión al recto o la vejiga o a cualquier otro órgano abdominal, la supervivencia a los 5 años es tan solo del 9% de las pacientes.

CONCLUSIONES

- Como restauración de un paciente edentulo total se tuvieron en cuenta la salud general del paciente, la altura del reborde alveolar, la calidad y cantidad ósea el estado de la mucosa oral y la edad del paciente.
- Es necesario la utilización de adhesivos para prótesis para favorecer la retención y la estabilidad de la prótesis total superior del paciente.
- Debido a la calidad y cantidad ósea y a la edad del paciente no se puede tener en cuenta como tratamiento ideal prótesis implantosoportadas, injertos óseos o vestibuloplastias.

BIBLIOGRAFÍA

- CORDOBA ERAZO EDUARDO Y COLS. Rehabilitación del paciente edentado. Primera edición. Ed. Universidad de Antioquia. Colombia 1997.
- WINKLER SHELDON. Prostodoncia Total. Editorial Limusa Noriega Editores. México 1999.
- ARRAZTOA JUAN. Cáncer Diagnostico y Tratamiento. Editorial Publicaciones técnica Mediterráneo. España 1997.
- [http: // www. Contusalud.com/
website/fólder/sepa_enfermedades_ca_uterino.htm.](http://www.Contusalud.com/website/fólder/sepa_enfermedades_ca_uterino.htm)

CASO CLÍNICO

1. Información General

- Nombre: Sofía Gómez
- Edad: 78 Años
- Sexo: Femenino
- Estado Civil: Viuda
- Ocupación : Hogar
- Motivo de consulta:
"Quiero Cambiarme las Cajas"

2. Examen Físico

- Aspecto General: Bueno
- Peso: 48 Kg.
- Estatura: 1.55 m
- Presión arterial: 128/80 mm de Hg.
- Frecuencia cardiaca: 72 ppm.

3. Anamnesis

- Antecedentes Familiares:
La paciente reporta que no tiene antecedentes familiares.
- Antecedentes Personales:
La paciente Reporta que estuvo en tratamiento durante seis meses por cáncer Uterino y es controlada anualmente.

4. Historia Odontológica

- Antecedentes odontológicos:

Exodoncias y Prótesis Total Superior e Inferior.

- Antecedentes Psicológicos:
El perfil del paciente es Filosófico (según la clasificación del Doctor Miles House)

5. Historia Estomatológica

- Análisis de tejidos blandos se observa normalidad en los tejidos orales como: carrillos, surco vestibular, Lengua, Paladar duro , Paladar Blando, Amígdalas glándulas Salivares, Mucosas. Los Labios se encuentran hipotónicos se clasifican en labios largos, Frenillos poseen una inserción baja ya que están próximos al Reborde Residual.

6. Examen Radiográfico

- Tipo de Radiografía:
Panorámica
- Análisis de Tejidos Duros: Se puede observar tanto a nivel clínico y radiográfico que el paciente presenta colapso del reborde alveolar tipo III , que es el que tiene pérdida de hueso horizontal y vertical tanto en el maxilar superior e inferior afectando principalmente el ultimo.

7. Análisis facial

- Línea media coincide
- Perfil Cóncavo
- Se observa el rostro flácido con arrugas excesivas alrededor de la boca mostrando una relación prognática falsa.



8. Diagnósticos

- Colapso de reborde Alveolar Tipo III



9. Plan de tratamiento

Prostodoncia total superior e inferior

No todos los pacientes desdentados o en potencia de serlo son candidatos aptos para ser rehabilitados con una prótesis dentaria convencional.

El conocimiento de actitud mental de los pacientes hacia la prótesis total, de la historia médica y odontológica, del estado de los factores locales tanto físicos como biológicos y de la radiografía bucal, permite al odontólogo hacer un diagnóstico protésico claro, con un propósito favorable apoyado en un acertado plan de tratamiento.

El tamaño del reborde alveolar se mira en sentido vertical y se clasifica en: prominente o largo, atrofiado o corto y mediano.

El proceso de resorción especialmente en el maxilar inferior es tan avanzado que el reborde se presenta invertido o negativo, esta resorción es crónica progresiva irreversible y acumulativa, que avanza con lentitud durante un tiempo largo y pasa de una etapa a la siguiente de una forma imperceptible. Cuando la atrofia es por presión o trauma las consecuencias de estas son mayores que la presentada por inactividad o senilidad.

Existen tres factores que influyen para mantener sano el ejido oral en una persona edentada: el descanso

adecuado del tejido, la higiene optima de la prótesis y la limpieza de los tejidos orales.

Los adhesivos para prótesis dental se usan como ayuda temporal para aumentar la retención de las prótesis; sin embargo una prótesis mal ajustada aumenta la salud, por lo tanto se debe consultar al odontólogo para un examen periódico.

BIBLIOGRAFÍA

- CORDOBA ERAZO
EDUARDO Y COLS.
Rehabilitación del paciente
edentado. Primera edición.
Ed. Universidad de
Antioquia. Colombia 1997.
- WINKLER SHELDON.
Prostodoncia Total.
Editorial Limusa Noriega
Editores. México 1999.
- ARRAZTOA JUAN. Cáncer
Diagnostico y Tratamiento.
Editorial Publicaciones
técnica Mediterráneo.
España 1997.

**http: // www.
Contusalud.com/
website/fólder/sepa_enfe
rmedades_ca_uterino.htm**