

**ÉXITOS Y/O FRACASOS EN PACIENTES CON PRÓTESIS TOTAL Y/O
REMOVIBLE ATENDIDOS EN EL COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO DESDE 1998 HASTA 1999**

INVESTIGADORES

**GINA LORENA AGUILERA PARDO.
SANDRA XIMENA CARDENAS NARVÁEZ.
MARCELA ANDREA GARZÓN ESPINOSA
JILSON HINESTROZA IBARGUER.
EDGARDO SAID HINOJOSA JÁCOME.
CLAUDIA MILENA LOPEZ SANCHEZ.
CARLOS ANDRES NOGUERA BALDION.
LILIA ROXANA PAEZ DUQUE.
MONICA ROCIO PASTAZ CORTEZ.**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.
2001**

**ÉXITOS Y/O FRACASOS EN PACIENTES CON PRÓTESIS TOTAL Y/O
REMOVIBLE ATENDIDOS EN EL COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO DESDE 1998 HASTA 1999**

INVESTIGADORES

**GINA LORENA AGUILERA PARDO.
SANDRA XIMENA CARDENAS NARVAEZ.
MARCELA ANDREA GARZÓN ESPINOSA.
JILSON HINESTROZA IBARGUER.
EDGARDO SAID HINOJOSA JÁCOME
CLAUDIA MILENA LOPEZ SANCHEZ.
CARLOS ANDRES NOGUERA BALDION.
LILIA ROXANA PAEZ DUQUE.
MONICA ROCIO PASTAZ CORTEZ.**

Asesor Científico

OMAR BERNAL CH.

Odontólogo Especialista En Administración En Salud

Asesor Metodológico

MARIA ALEJANDRA GONZALEZ B.

Odontólogo Maestría en Administración de Salud

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.**

2001

ii

**EXITOS Y/O FRACASOS EN PACIENTES CON PRÓTESIS TOTAL Y/O
REMOVIBLE ATENDIDOS EN EL COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO DESDE 1998 HASTA 1999**

INVESTIGADORES

**GINA LORENA AGUILERA PARDO.
SANDRA XIMENA CARDENAS NARVAEZ.
MARCELA ANDREA GARZÓN ESPINOSA.
JILSON HINESTROZA IBARGUER.
EDGARDO SAID HINOJOSA JÁCOME.
CLAUDIA MILENA LOPEZ SANCHEZ.
CARLOS ANDRES NOGUERA BALDION.
LILIA ROXANA PAEZ DUQUE
MONICA ROCIO PASTAZ CORTEZ.**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar título de Odontólogo

Asesor Científico

OMAR BERNAL CH.

Odontólogo Especialista en Administración en Salud

Asesor Metodológico

MARIA ALEJANDRA GONZALEZ B.

Odontólogo Maestría en Administración de Salud

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.**

2001

iii

El trabajo de grado **ÉXITOS Y/O FRACASOS EN PACIENTES CON PRÓTESIS TOTAL Y/O REMOVIBLE ATENDIDOS EN EL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO DESDE 1998 HASTA 1999** elaborado por los alumnos GINA LORENA AGUILERA PARDO. SANDRA XIMENA CÁRDENAS NARVAEZ. MARCELA ANDREA GARZÓN ESPINOSA. JILSON HINESTROZA IBARGUER. EDGARDO SAID HINOJOSA JÁCOME. CLAUDIA MILENA LÓPEZ SANCHEZ. CARLOS ANDRÉS NOGUERA BALDION. LILIA ROXANA PAEZ DUQUE. MÓNICA ROCÍO PASTAZ CORTEZ.

Director de la investigación

Asesor Metodológico

**Director del Departamento de
Investigación y salud publica.**

BOGOTA D.C. OCTUBRE DEL 2001

GLOSARIO

AHUSAR: Dar o tomar forma de hueso (instrumento manual de forma cilíndrica)

ATACHÉ: Dispositivo mecánico que se emplea para la fijación, retención y estabilización de una prótesis parcial, removible ó fija.

COPOLÍMERO: Un polímero que contiene monómeros habitualmente de dos ó más clases. Es un resultado de la polimerización de dos o más monómeros solubles uno en el otro, representando una estructura molecular formada con todas las unidades de monómero aparecido en una cadena, en enlaces continuos.

EMBOTAR: Engrosar filos o puntas de instrumentos cortantes; debilitar, hacer menos eficaz una cosa.

ERITEMA: Término que engloba genéricamente a afecciones cutáneas, caracterizada por la aparición de manchas rosadas, rojizas ó violáceas, producidas por congestión o por vasodilatación de los tegumentos.

HIPERPLASIA: Aumento de un órgano ó de un tejido por incremento del número de sus células.

ISQUEMIA: Disminución ó detección total de la circulación arterial en una parte del organismo.

MICOSIS: Enfermedad infecciosa producida por un cierto tipo de hongos que se introducen en el cuerpo por medio de esporas. Afecta los pulmones, órganos internos, piel y mucosa.

NÓDULO: Pequeña protuberancia sólida que puede ser percibida mediante palpación. A nivel de la piel se ve como una lesión circunscrita de la misma, superior en volumen a los 5 mm de diámetro.

OCLUSIÓN EXCÉNTRICA: Toda oclusión que no sea central (propulsiva, retrusiva, lateralidad izquierda y lateralidad derecha).

CONTENIDO

pág

INTRODUCCIÓN	7
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	8
1.3 PROPOSITO.....	8
1.4 MARCO	9
1.5 OBJETIVOS	38
1.5.1 General.....	38
1.5.2 Específicos.....	39
2. METODO.....	40
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	40
2.2 OBJETO DE ESTUDIO.....	40
2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	40
2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	40
2.5 INSTRUMENTO.....	46
2.6 ANALISIS ESTADÍSTICO.....	46
2.7 PROCEDIMIENTO.....	46
3. RESULTADOS.....	48
4. CONCLUSIONES.....	69
5. RECOMENDACIONES.....	70
BIBLIOGRAFÍA.....	71
ANEXO.....	72

INTRODUCCIÓN

Los éxitos y/o fracasos de prótesis total y/o removibles, fueron estudiados teniendo en cuenta la recopilación de datos de la central de historias clínicas del Colegio Odontológico Colombiano que comprende los años de 1998 hasta 1999, ya que después de terminar dichos tratamientos, solamente se les realizó un control posterior a la entrega de los mismos.

Por consiguiente en este estudio se analiza clínicamente las posibles desadaptaciones, patologías y alteraciones o éxitos de las prótesis presentes en cavidad oral, teniendo en cuenta la higiene oral y la que ellos le realizaron a las mismas.

Con este estudio se pretende identificar los factores que influyen a que una prótesis sea un éxito o un fracaso.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PROBLEMA

Se desconocen los éxitos y/o fracasos de las prótesis total y/o removibles realizados en pacientes del Colegio Odontológico Colombiano, debido a que terminados los tratamientos en boca sólo se realiza un control posterior a la entrega de las prótesis. Por esta razón cabe preguntarse ¿cuáles son los éxitos y/o fracasos de las prótesis totales y/o removibles de los tratamientos realizados en el Colegio Odontológico Colombiano desde 1998 hasta 1999?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Es importante el estudio de los pacientes que fueron atendidos y restaurados en los años de 1998 y 1999 en el Colegio Odontológico Colombiano con prótesis total y/o removible y así verificar si las prótesis están adaptadas o desadaptadas. Si lo están, establecer la causa, si han presentado algún tipo de alteración ya sea de las prótesis o por acción y efecto de la higiene oral, por que así demuestran los cambios que los pacientes presentan con el paso del tiempo, y el efecto que produce en ellos.

1.3 PROPÓSITO

Con este estudio se pretende identificar las causas de los éxitos y/o fracasos en prótesis total y/o removibles y de esta manera evitar las desadaptación, fracturas y mal diseño de estos tratamientos.

1.4 MARCO TEÓRICO

1.4.1 Prótesis Total: Es el método terapéutico que por medio de un aparato artificial reemplaza los dientes perdidos de uno ó ambos maxilares, con el fin de restablecer la función masticatoria y ocultar la deformidad causada por la pérdida de los dientes. (Barragán, J.1992)

Los elementos de las prótesis dentales son los siguientes: una base ó placa de unos 3 mm de espesor y que tiene la misma morfología del maxilar respectivo; y puede ser metálica o plástica; los dientes correspondientes para cada maxilar que son 14 dientes implantados en la base protésica, presenta en las partes laterales vertientes que pueden ser vestibulares, palatinos o linguales y además en el maxilar superior existe una bóveda palatina, los flancos terminan en un borde o límite de la prótesis. En la base protésica se debe distinguir una parte interna o noble que es la fiel reproducción del maxilar respectivo, y en una superficie externa que puede ser modificada con remedos anatómicos. (Barragán, J.1992)

Las cualidades funcionales del aparato protésico son de biocompatibilidad en sus materiales, pero también debe reunir unas propiedades físicas como: retención, estabilidad y soporte. La retención: se refiere a la capacidad del aparato protésico para no dejarse desplazar por las fuerzas de extrusión una vez colocada en la boca. Para ello se vale de medios como la cohesión y la adhesión, así como la presión atmosférica, las cámaras de succión y un buen sellado periférico. La estabilidad, se refiere a la propiedad de no dejarse desplazar por fuerzas transversas y ello se logra mediante un perfecto equilibrio de la oclusión con una oclusión bilateral balanceada, contactos en anteriores y posteriores bilateralmente en cualquier posición de oclusión.

El soporte, se refiere más que todo a la posición anatómica de asiento de la dentadura que se opone a las fuerzas de intrusión. (Barragán, J.1992).

Las zonas de alivio corresponden en prótesis total a aquellos sitios donde la base protésica no debe presionar o interferir con el fin que sea tolerable y no produzca patologías. (Barragán, J.1992)

Formas del arco: hay cuatro formas esenciales según se comportan los rebordes alveolares laterales y son: cuadrado, ovoide, triangular y mixta. La cuadrada es cuando estos rebordes son paralelos entre si . El ovoide: cuando tienden a converger hacia anterior pero hay un buen segmento de reborde anterior, el triangular, cuando convergen hacia anterior y no nos dejan reborde en esta zona y la mixta, combinación de las anteriores. (Herrera, M.1992)

El tamaño del reborde residual puede variar y se consideran como: prominentes, normales, escaso, atrofiado. (Herrera, M.1992)

Las formas de los rebordes residuales se determinan por la posición de las tablas óseas tanto vestibular como lingual y pueden ser: en forma de U, las más favorable pues tiene bastante de soporte y se oponen al desplazamiento vertical y horizontal de la prótesis. En forma de V, angulados también llamados en filo, el cual es desfavorable sobre todo para toma de impresiones y a veces es necesario la remoción del borde superior o el alivio en las bases protésicas. Retentivos, generalmente producidos por exostosis óseas o torus linguales, en algunos casos hay necesidad de hacer recesión quirúrgica antes del tratamiento protésico. Expulsivos, aunque todavía hay volumen óseo, este se dispone de forma como

redondeada expulsando la prótesis con facilidad. Planos, en el caso que ya no hay apófisis alveolar, si no el hueso del maxilar. (Herrera, M.1992)

La clasificación de los pacientes puede ser primitivos, primarios, tratados y futuros. Los primitivos, son aquellos que nunca han recibido prótesis total, los tratados, son aquellos pacientes que le han realizado prótesis y por último los futuros, que son aquellos pacientes que se le van a realizar unas prótesis inmediatas. (Herrera, M.1992)

A su vez cada uno puede ser: monomaxilar y bimaxilar, su clasificación psicológica se divide en: receptivo, escéptico, histérico, indiferente o pasivo y negativo, también se puede ver en el examen extraoral: perfil, facies, músculos periorales, articulación temporomandibular y cuello. (Herrera, M.1992)

En el Examen intraoral se puede ver: el tamaño de los arcos, forma de los arcos que son: cuadrado, ovoide y triangular. El espacio intermaxilar se hace estando el paciente en posición de reposo, se mira la distancia en sentido vertical de la cima del reborde superior al inferior. Es el espacio a rehabilitar o que va a ocupar la prótesis. (Herrera, M.1992)

En cuanto a la remodelación de las prótesis, los adhesivos para prótesis pueden resultar temporalmente útiles cuando estas se desadaptan, pero no deben utilizarse durante mucho tiempo. Si la prótesis se desadapta, hay que consultar al odontólogo o prostodoncista para que haga una nueva base. Esta operación recibe el nombre de remodelación. Puede ser necesario remodelar la prótesis cada 3 o 4 años, y después de un par de remodelados hay que cambiarla por completo. (Densie, H.1975)

Se habla de prótesis total, cuando se pierden todos los dientes. Adaptarse a ellas requiere tiempo y paciencia, de forma que pueden ser necesarias hasta ocho visitas al odontólogo para conseguir una adaptación correcta. Sin embargo, el resultado debe ser una prótesis con aspecto natural que resulte cómoda. La pérdida completa de los dientes y el hecho de tener que usar una prótesis total puede resultar una experiencia traumática. Una vez colocada la prótesis y adaptada a la boca, puede que se aprecie algún cambio en la fisionomía de la cara, que a veces parece demasiado pequeña para los dientes. No obstante, al cabo de algunas semanas los músculos faciales se adaptan y el aspecto se normaliza. Al principio, se puede producir una sensación de amordazamiento. Al extraer los dientes, la lengua aumenta de tamaño y si no se coloca la prótesis de inmediato, al hacerlo la lengua resulta empujada hacia la garganta, dando lugar a esta sensación. Al poco tiempo de usar la prótesis, la lengua retorna a su tamaño normal. Si se observan erosiones en las encías, se debe acudir al odontólogo o prostodoncista. Conviene no quitarse la prótesis las 24 horas anteriores a la visita, con el objetivo de que las zonas afectadas sean fácilmente detectadas. (Densie, H.1975)

La prótesis total se debe llevar puesta durante todo el día y todos los días, excepto durante su aseo, y es necesario limpiarla (o al menos enjuagarla) después de cada comida. Para limpiar la prótesis se utiliza corega tabs, existen como adhesivo, crema dental y tableta efervescente para desinfectar, desmanchar. y se consigue un aliento fresco. No se debe emplear agua caliente, ya que puede cambiar su forma anatómica. De vez en cuando, es útil emplear productos reveladores de placa para comprobar su limpieza. (Densie, H.1975)

La rehabilitación oral por las prótesis, con el envejecimiento y la pérdida de dientes aparecen importantes cambios del medio bucal, así como la degeneración estructural de los tejidos y los músculos. La pérdida total de dientes significa que el complicado sistema receptor propioceptivo del periodonto tendrá que sufrir una modificación, y que su función y capacidad tendrá que ser receptores de presión menos sensibles en la mucosa que soporta la prótesis, los músculos y articulaciones. (Franks; A; Hedegard, B. 1976)

Como el aprendizaje de nuevos reflejos y el entrenamiento de modelos de movimiento menos familiares es embarazoso y difícil para una persona de edad, debe comprender que el paso de un estado dentado a una prótesis, plantea a la persona de edad graves problemas. Algunos de los propioceptores orales, por ejemplo, tienen que asumir papeles distintos en el control y conversión de las respuestas reflejadas a modelos de movimientos conocidos. Además, las nuevas experiencias tienen que analizarse e integrarse en el nuevo modelo de movimientos, que inevitablemente la nueva prótesis exige por la diferencia de altura, patrón oclusal y forma. La interacción neuromuscular entre los dientes, mejillas, labios, lengua y piel domina tanto la masticación y el habla como influye en la retención y estabilidad de la prótesis. Esta interacción es de tal importancia que incluso pequeños trastornos pueden disminuir la capacidad de adaptación e incluso anularla. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

Teniendo esto en cuenta, es obvio que el método bien conocido de efectuar cambios importantes durante pequeñas operaciones consecutivas, cada una seguida de un periodo de adaptación, es el único medio de llevar a cabo con éxito el tratamiento de las personas de edad. En consecuencia a menudo es de gran utilidad la retención y uso de dientes presentes, como soportes para una prótesis removible, mientras se adapta a la forma de la prótesis y a

su comportamiento. El recubrimiento o rebase de una prótesis vieja mal ajustada a la vez que se efectúa una corrección de oclusión, también aumentaron las posibilidades de que la persona de edad se adapte con más facilidad a una prótesis nueva completa. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

El individuo de edad, con su menor capacidad de adaptación y su estructura senil (el borde alveolar, el espesor de la mucosa reducidos, los tejidos musculares atrofiados, etc), exige gran precisión en la adaptación de sus aplicaciones a los tejidos de contacto. En consecuencia, las impresiones deben tomarse en cubetas individuales con un recorte exacto del borde y con un material poco viscoso para no desalojar los tejidos blandos. Son muy útiles las pastas de óxido de zinc / eugenol que dan una presión constante y ligera, sin embargo, en las personas que llevan prótesis desde hace mucho tiempo, en quienes las glándulas palatinas se han deteriorado, este material puede adherirse a la superficie seca del tejido. En tales casos, es preferible el material de impresión de polisulfato de “cuerpo ligero”. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

Un método de impresión dinámica, en el que el mismo paciente moldea las superficies de soporte secundarias, bucal y lingualmente, mediante movimientos controlados de la lengua, mejillas y labios, mejorará a veces la retención en aquellos individuos de edad que pueden afectar los movimientos necesarios. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

Ocasionalmente, el registro de oclusión en pacientes de edad edéntulos presenta dificultades. Esto ocurre particularmente en pacientes cuyo trayecto de oclusión esta dirigido por una prótesis en oclusión habitual excéntrica. En estas circunstancias, es conveniente dejar al paciente sin la anterior prótesis inferior durante unos cuantos días, y en

este periodo la “memoria” de la oclusión habitual tiende a reducirse. Si al registrar la relación oclusal es evidente una extrema dificultad, puede ser de gran ayuda para llevar a cabo el procedimiento, poner al paciente en posición horizontal con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

El embotamiento de la precisión de los movimientos mandibulares que lleva consigo la edad, indica que es necesario evitar en el diseño de la prótesis el uso de dientes con cúspides agudas. Los dientes con cúspides planas o invertidas y con una estrecha dimensión bucolingual son muy convenientes para dirigir y controlar la fuerza masticatoria. Sin embargo, no deben efectuarse alteraciones importantes en las antiguas prótesis del paciente si se esta diseñando una prótesis nueva. Siempre debe tenerse en cuenta el reducido nivel de adaptación al cambio. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

Debe prestarse especial atención a la superficie de ajuste de una nueva aplicación, para eliminar aquellas zonas que pueden presionar sobre las crestas y espinas. Debido a la atrofia de la protección mucosa, esta puede irritarse y originar graves molestias. Generalmente, es suficiente con 0.3-0.6 mm de hoja de estaño sobre el modelo para aliviar dicha zona. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

Por las razones ya expuestas, el pronóstico del tratamiento por prostodoncia es mejor con prótesis parciales que con prótesis total, especialmente en la mandíbula inferior. La conservación de la distribución de los receptores propioceptivos en las membranas periodontales de los dientes de anclaje, es la razón básica de una buena adaptación, incluso en individuos muy ancianos y frágiles. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

Las lesiones por prótesis pueden ser agudas o crónicas. Las lesiones agudas son más frecuentes con el uso de prótesis nuevas y mal ajustadas que no logran la distribución precisa y uniforme de las fuerzas de oclusión. Estos dispositivos ejercen una presión excesiva sobre una o más áreas focales de los tejidos blandos, provocando isquemia arterial y/o fricción importante sobre la zona, lo que a su vez causa ulceración y dolor. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

Las lesiones crónicas se deben a una alteración gradual del tejido de sostén, permaneciendo sin cambiar la base de la prótesis total o removible. En tal caso, el dispositivo se hace inestable y mal asentado, produciendo leves roces sobre el tejido. El resultado habitual es una gran zona de cambios tisulares reactivos, sobre todo en el paladar, en forma de hiperplasia papilar inflamatoria. También se la ha denominado “papilomatosis por prótesis”. Estas lesiones presentan aspectos de “frambuesa” con múltiples nódulos eritematosos. La zona puede infectarse secundariamente por *Candida albicans* y provocar síntomas; los pacientes se quejan de sensación de quemazón en el paladar. Es más frecuente en pacientes que usan la prótesis continuamente. El tratamiento consiste en retirar los dispositivos durante periodos prolongados, especialmente por la noche, y emplear un acondicionador tisular en la base de la prótesis. Esto es útil para eliminar la inflamación y mejoramiento de los síntomas, sobre todo si se combina con un agente antifúngico. Desgraciadamente, la lesión no suele desaparecer totalmente, ya que los nódulos están formados por tejido fibroso denso que no se normaliza. A menudo es necesario la intervención quirúrgica antes de colocar una nueva prótesis. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

Sin embargo, la prótesis removible y total no funcionarán sin efectos bucales perjudiciales si no se toman las precauciones debidas. Lo que anteriormente se ha dicho respecto a la higiene bucal es aplicable a los dientes remanentes del paciente que lleva prótesis parcial. La formación de placa bacteriana es tan rápida en las superficies metálicas y resinosas como sobre el esmalte. La película puede tener una estructura ligeramente diferente, pero la placa sobre una prótesis tienen microorganismos del mismo tipo y calidad. La placa bacteriana en maduración es un excelente substrato para la *Candida albicans*, y la candidiasis es común en pacientes que no tienen la precaución de limpiar sus prótesis. Nunca se subrayará demasiado la importancia de una limpieza diaria de la prótesis. Debería hacerse con un cepillo suave y jabón, aclarándola después en agua corriente al menos durante 30 segundos. Al paciente de edad, en particular, debe hacerse una demostración práctica de lo que pueden parecer ingenuas y simples instrucciones. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

Estudios recientes han aportado pruebas de la notable reducción de la estomatitis por prótesis e incluso tras la inmersión de una prótesis durante un corto periodo en soluciones ligeras de diversos agentes bacteriostáticos. Esto sugiriendo que la formación de placa y la actividad de microbios en el organismo desempeña un importante papel en la defensa contra la inflamación de la mucosa. Se han observado resultados similares mediante la limpieza de la prótesis al menos una vez al día. La combinación de estos dos procedimientos puede considerarse de gran valor para la conservación de la salud bucal. Resultaría práctico que los productos de limpieza de prótesis y la solución en que se guardan fueran de un color llamativo que recuerde al paciente anciano o a su asistente aclararla antes de colocarla en boca. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

Con el tiempo, al disminuir el soporte debido a la reabsorción, alveolar, los rebordes de las prótesis tienden a profundizarse poco a poco en el surco, presionando anormalmente sobre los tejidos blandos. En estas zonas se produce una lesión que constituye una combinación de úlceras crónicas e hiperplasia del tejido conjuntivo adyacente, crónicamente inflamado. Esta lesión se conoce como hiperplasia fibrosa inflamatoria o como équilid fisurado. Tras la corrección de la prótesis la lesión experimenta cierta disminución de tamaño e incluso puede recuperar una coloración normal, aunque suele permanecer un nódulo o masa residual de tejido fibroso que requiere extirpación quirúrgica. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

En pacientes no inmunosuprimidos, la candidiasis atrófica (eritematosa) es más frecuente en portadores de prótesis mal adaptadas o en quienes llevan dicha prótesis puesta continuamente. Se ha denominado también “irritación oral por prótesis” y se presenta en forma de área roja generalmente de tejido atrófico, comúnmente en el paladar. Se encuentra principalmente debajo de la prótesis superior en pacientes mayores y más frecuente en los pacientes que no limpian las prótesis ni se las quitan por la noche. En las etapas iniciales existen áreas de erosión superficial y petequias. La principal molestia es una sensación de quemazón continua en el área afectada. La candidiasis puede afectar también a la lengua, en cuyo caso esta presenta un aspecto liso y rojo “carnoso”. Este aspecto se debe a la ausencia de papilas filiformes, a un adelgazamiento generalizado del epitelio y a inflamaciones excesivas del tejido conjuntivo. Los pacientes se quejan de sensibilidad intensa y dolor ante la exposición a líquidos calientes o fríos, alimentos picantes y bebidas alcohólicas. Los frotis citológicos fracasan por lo general en la demostración de las formas micelares de los hongos, aunque un escrutinio cuidadoso puede revelar a veces formas esporuladas del

hongo. En estos casos los cultivos pueden ser útiles para confirmar que existe realmente una micosis. Debido a su aspecto clínico característico, especialmente en pacientes susceptibles, pueden instaurarse tratamientos empíricos con agentes antifúngicos en una base de pomada aplicada sobre la superficie tisular de la prótesis. La resolución del trastorno en un periodo de 1 a 2 semanas confirma el diagnóstico. Para conseguir una curación prolongada es preciso identificar y corregir los factores predisponentes y tratar la infección existente en forma tópica o sistémica. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

Los cambios en las mucosas orales son el resultado de los cambios metabólicos que se producen en la persona de edad, incluyendo una variación en el equilibrio de agua, las membranas mucosas orales pueden atrofiarse y hacerse frágiles, adquiriendo un aspecto brillante y cerúleo. También la gingiva muestra estos cambios, juntos con una pérdida de punteado. El progresivo adelgazamiento de la capa epitelial se produce en combinación con un descenso de las propiedades elásticas del tejido conjuntivo. Clínicamente estos efectos producen una reducción de la elasticidad de los tejidos que pueden estar sujetos a presión. Además, el descenso en los capilares superficiales y la consiguiente reducción de la irrigación sanguínea retrasa la micronutrición y deteriora la capacidad de regeneración. La respiración del tejido gingival se ve afectado por el significativo descenso de la utilización del oxígeno que se produce en la edad avanzada. Como resultados de los trastornos anteriores, la mucosa se hace mas sensible a las influencias externas. Pueden ser fácilmente dañadas por alimentos duros, y su capacidad cicatrizante es notablemente más lenta que la de la mucosa madura. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

El penfigoide benigno de la membrana mucosa es sobre todo una enfermedad del anciano, que afecta más a las mujeres que a los hombres. Habitualmente la mucosa oral esta afectada por erupciones de ampollas subepiteliares densas, que permanecen intactas durante cierto numero de días. Durante la cicatrización en la superficie de la ampolla aparece como una placa de epitelio blanco suave que puede perdurar durante muchas semanas. La persona de edad rara vez se queja de molestias, y a menudo puede continuar llevando prótesis sobre la zona afectada. Aunque no se dispone de un tratamiento definitivo, los corticoesteroides tópicos pueden suprimirlos. La recurrencia de las lesiones durante muchos años lleva eventualmente a producir cicatrices en las mejillas y en los surcos de la boca. Se han sugerido que el penfigoide de la membrana mucosa es una de las dermatosis relacionadas con una posible malignidad interna. Tal posibilidad debe tenerse siempre en cuenta al hacer el diagnóstico. (Franks; A; Hedegard, B 1976).

Las lesiones ulcerativas de la cavidad oral son muy comunes, se debe tener en cuenta que las lesiones o enfermedades vesiculo ampollares de la boca, están sujetas a traumatismos. (Lewis. E, 1983).

Las ulceraciones de la mucosa oral más comunes son las aftas recurrentes, pero las que se encuentran con mayor frecuencia en forma de enfermedad ulcerativa multifocal no recurrente es la Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda. La agranulocitosis y la uremia son enfermedades potencialmente letales con ulceraciones multifocales. (Lewis. E, 1983).

La ulcera traumática por mordeduras o irritaciones causadas por prótesis es la ulceración oral focal mas común. Las úlceras por carcinoma tuberculosis, y micosis, son en potencia enfermedades mortales. (Lewis. E, 1983)

Las ulceraciones periodontales comunes incluyen queilitis angular y cáncer, este ultimo es el mas serio. Todas las lesiones neuróticas y destructivas óseas con drenaje conforman alteraciones graves. (Lewis E, 1983).

Las lesiones irritativas producidas por las superficies de aparatos de prótesis, estas lesiones reciben diversos nombres: úlceras protésicas, granuloma fisurado y épulis fisurado. En realidad son úlceras por decúbito con hiperplasia tisular, a consecuencia de la presión y movimientos anormales de las superficies gingivales de los aparatos de prótesis sobre la mucosa. (Lester. B, 1954).

Las ulceraciones a veces se desarrollan inmediatamente después de aplicar la dentadura nueva. El intenso dolor que producen estas lesiones obliga al paciente a consultar para que le sea readaptado lo antes posible el aparato de la prótesis. (Lester. B, 1954)

Las ulceraciones de mayor extensión y las reacciones tisulares hiperplásicas, se observan en pacientes con prótesis inadecuadas. La reabsorción alveolar normal origina la formación de un pequeño espacio entre la superficie gingival de la dentadura y la mucosa. (Lester. B, 1954).

Se desarrollaron diferentes materiales manejando técnicas como:

Weaver, re; Goebel W en 1980 dijeron:

“Para eliminar estos inconvenientes se ha lanzado al mercado un material distinto que se evaluó clínicamente casi cinco años. Durante este tiempo este nuevo material termoplástico se ha ido modificando hasta darle una fórmula óptima. Este material comercializado con el nombre de dinabase es una solución vinílica copolimérica monocomponente de alta viscosidad y/o carente de monómero. No absorbe agua y no es tóxica ni alérgica. Además de su uso como acondicionador de tejidos y para rebases provisionales se puede utilizar para rebases indirectos y para toma de impresiones funcionales de precisión”.

Schffner, en 1988 dijo:

“ Sabemos que el control de las fuerzas masticatorias sobre la mucosa es un factor importante, también en edéntulos sanos y, que una presión incorrecta en una zona produce alteraciones y úlceras de cúbito muy dolorosas. La mejor distribución de las cargas masticatorias es indispensable para realizar bases protésicas blandas.”

Lefebvre CA, Schuster G S1994 dijo:

“La utilización de resinas autopolimerizables, ya sean blandas o duras, presenta una alta composición de monómero que es tóxico para los tejidos en contacto, ya sea en tejidos sanos, heridas o tejidos cruentos.”

protésica del acrílico es la causa del despegamiento del material, sobre todo en los márgenes protésicos, disminuyendo notablemente la elasticidad y la necesidad de continuos y frecuentes controles del material con numerosas sustituciones. Los cambios de color y alteraciones en el sentido del gusto son frecuentemente causa de protesta por parte de los portadores de prótesis rebasados con estos materiales “.

Lefebvre CA, Schuster G S1994 dijo:

“Las principales ventajas clínicas, que se encontraron en dinabase comparándolo con las resinas acrílicas tradicionales son: ahorraremos aproximadamente unas dos terceras partes de tiempo de clínica y no se podrá caer en errores de mezcla. La fase «elástica», que es la más importante desde el punto de vista clínico, dura el doble respecto a cualquier otro tipo de material que actualmente está en el mercado, esta característica nos ofrece la posibilidad de disponer de un material que nos absorba las cargas masticatorias y sobre todo que restablezca completamente la salud de los tejidos. Es muy buena respuesta por parte del paciente en cuanto a confort, estabilidad y total ausencia de alteraciones en el gusto de los alimentos”.

Lefebvre CA, Schuster G S1994 dijo:

“Antes de despedir al paciente sugerimos sumergir la prótesis algunos minutos en agua fría con el objetivo de dar más consistencia al material; también es oportuno indicar al paciente que no ingiera bebidas demasiado calientes al menos durante el primer día de utilización, a la semana de la intervención se puede comprobar el fantástico estado de curación sin

Lefebvre CA, Schuster G S1994 dijo:

“ Estos materiales se componen de polvo y líquido que tras la unión atraviesan varios estados físicos y químicos, presentando 5 fases como:

Primera fase «física». Unión del polvo y del líquido (dos-tres minutos). Segunda fase «química». De espera hasta que el material se ponga pegajoso (dos-tres minutos).

Tercera fase «activa». Colocación de la prótesis en boca con el material en fase plástica (tres-cinco minutos). Cuarta fase «elástica». El paso de la fase plástica a la elástica dura de uno a tres minutos. Quinta fase «granulosa de secado». Pérdida total de elasticidad; en este estado se vuelve áspero y es receptáculo de placa y microorganismos.”

Lefebvre CA, Schuster G S1994 dijo:

“Estos materiales se pueden encontrar con nombres tales como ivosel, hydrocast, kerr-fit, viscogel; en ellos los tiempos de las tres primeras fases son similares y la gran variación de unos a otros se encuentra en el tiempo de la fase elástica. Dicha fase, considerada como la más importante funcionalmente, depende de la calidad del material y de la cantidad de líquido que se incorpora al polvo. Idealmente, la fase elástica debería ser lo más larga posible y conservar durante todo el tiempo sus propiedades físicas intactas. Podemos evidenciar algunos inconvenientes”.

Lefebvre CA, Schuster G S1994 dijo:

“ Algunos materiales, transcurrida solamente una semana pasan a la quinta fase y son irritantes y perjudiciales para la mucosa. La escasa adherencia del material a la base

objetivar inflamación o úlceras de decúbito. Estos resultados los podemos confirmar en sucesivos controles a las dos y cuatro semanas, y también podemos observar cómo el material todavía está en condiciones de desarrollar sus propias funciones”.

Este artículo habla de un nuevo material para la elaboración de las prótesis, que son más estéticos por su mayor translucidez, que no irritan los tejidos gingivales, y de gran aumento de durabilidad llamado nylon mejorado, los cuales presentan un cambio sustancial al paciente.

Lefebvre, CA, y Schuster, GS dijo:

“Las prótesis parciales pueden causar reacciones alérgicas ya que el acrílico irrita químicamente la mucosa o inicia una respuesta alérgica llamada estomatitis venenata o estomatitis alérgica.

El material flexible a base de nylon mejorado (Valplast) demostró no ser irritante y estar en la lista de la Federación Dental Americana como dispositivo médico clase II, así como el no presentar una sola queja desde 1958 cuando se introdujo en Norteamérica en el archivo público de quejas”.

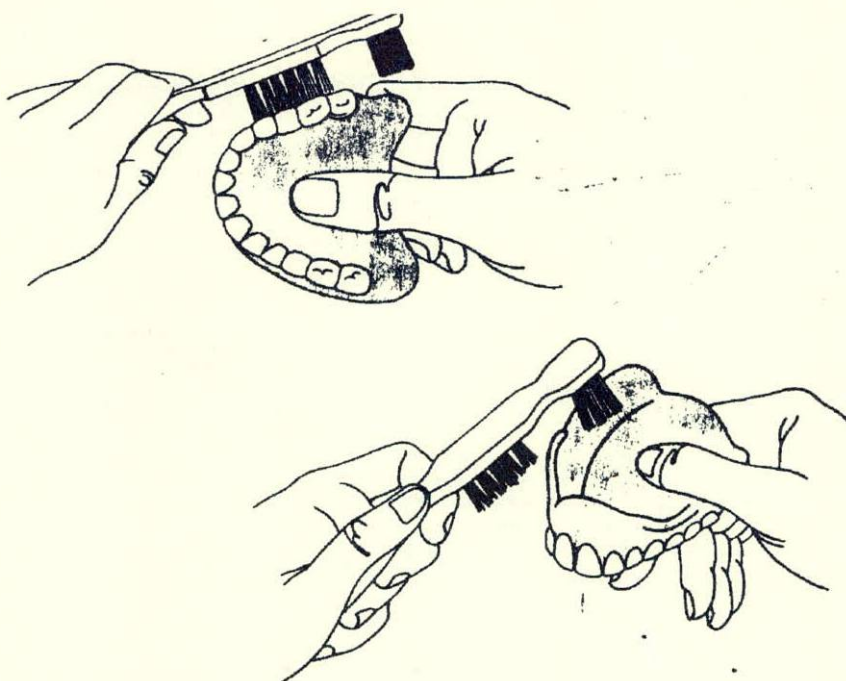
Cabe destacar de este artículo los beneficios que para ello trae la comodidad del paciente ya que uno de los principales fracasos de las prótesis son sus desadaptaciones, las irritaciones que produce el material con que son fabricados como lo es el polimetacrilato de metilo produciendo en ellos alergias, prurito, enrojecimiento de las mucosas y por ende la incomodidad del paciente, sin afirmar que siempre vayan a fracasar como tal, porque se pueden presentar casos de pacientes que tengan sus prótesis durante un largo período, claro

esta con una respectiva higiene oral y los debidos cuidados que ellos tengan para con sus prótesis.

Una de las ventajas de este material (valplast) refiere a su flexibilidad lo cual lo hace irrompible, lo que las prótesis elaboradas con polimetacrilato de metilo tienden en un punto a fracturarse ya sea con una caída del paciente o porque no, con una dieta dura.

Las prótesis removibles se sujetan en dientes sanos y/o prótesis, aunque no son tan estables ni tan fuertes como los fijos, que tienen dos puntos de sujeción, suelen utilizarse en los últimos dientes posteriores o en dientes anteriores, por motivos estéticos. La fortaleza de este tipo de prótesis depende de la salud de los dientes y tejidos en que se apoyan. Inicialmente, una prótesis recién colocada produce una sensación extraña, y la presión que ejerce sobre los dientes que lo sujetan pueden originar un cierto malestar, que persiste durante algún tiempo. Sin embargo, el paciente se acostumbrará y dejará de notar su presencia. La limpieza de las zonas que rodean las prótesis requieren una atención especial. Con independencia de que ajuste perfectamente, siempre pueden quedar partículas de alimentos atrapadas en él. Se debe usar el mismo cepillo blando que se utilice para los demás dientes, y frotar los lados y la parte superior de la prótesis. Hay que cepillar también las encías para estimular el riego sanguíneo. Por último, se debe llevar a cabo una cuidadosa limpieza con la seda dental más los elementos de limpieza para las prótesis. (Densie, H. 1975)

Gráfico1. Higiene de la prótesis.



Fuente: Densie, H. Higiene oral 1975.

Las prótesis pueden romperse o astillarse, por lo que hay que procurar no dejarlas caer mientras se limpian. Una forma fácil de evitarlo consiste en llenar parcialmente el lavado con agua o colocar una toalla en el fondo del mismo. (Densie, H.1975)

La masticación con las prótesis removibles no alcanzan la eficacia de masticación de los dientes naturales. Estos últimos pueden ejercer una presión de hasta 25 Kg. Por centímetro cuadrado. Por tanto, al principio de llevar prótesis, la masticación resultará difícil. Es preciso cortar los alimentos en trozos pequeños e ingerir bocados pequeños. También hay que acostumbrarse a masticar con los dientes posteriores, en lugar de intentar utilizar los

anteriores, haciéndolo con ambos lados al mismo tiempo para equilibrar la presión de la prótesis. (Densie, H. 1975)

Las prótesis parciales, es cuando el número de dientes que se han perdido es elevado, se deberá recurrir a una prótesis removible que por otra parte, es más barata que una prótesis fija. Se trata de un conjunto de dientes artificiales colocados en un armazón o marco, fabricado en acrílico, metal de moldear o aleación. (Los armazones de oro son más flexibles y fáciles de adaptar, pero más costosos.) El tamaño del armazón dependerá del número de dientes que deba sustituir. Suele tener unos retenedores que rodean los dientes para poder mantenerse en un sitio, aunque existe un tipo de prótesis que se conecta a los dientes sanos por medio de un sistema llamado ataché, que no lleva retenedores visibles. Muchas personas prefieren prótesis de este tipo, aunque son más costosas que las habituales. (Densie, H. 1975)

Las prótesis parciales se denominan también prótesis removible ya que se pueden quitar. Deben ser retiradas después de cada comida para limpiarlas cuidadosamente con crema dental y un cepillo. Es de vital importancia cepillar y limpiar con seda dental los dientes de apoyo. Durante el periodo de adaptación, es aconsejable retirarla durante la noche para que la boca descanse; en este caso, se dejará en un vaso con agua. Incluso las prótesis parciales mejor adaptadas se aflojan con el uso, lo que hace necesario reajustarlas frecuentemente. Es importante que la adaptación sea adecuada, ya que en caso contrario, pueden quedar retenidas partículas de alimentos que provoquen la formación de caries en los dientes de apoyo o una enfermedad de las encías. Incluso puede llegarse a la pérdida de los dientes de apoyo. Hay algunos pacientes de prótesis removible a los que les molestan los retenedores de metal que conectan los dientes artificiales a los de apoyo. Estos retenedores pueden

hacerse más pequeños y menos visibles, pero no a costa de debilitar la unión. En la actualidad, se pueden aplicar unas “cubiertas” de teflón, que se colocan sobre los retenedores para ocultarlas. (Densie, H 1975.)

Los principios del tratamiento con respecto a las prótesis removibles o totales son completamente independientes de la edad del paciente. Sin embargo, a veces los pacientes de edad requieren modificaciones y precauciones especiales, aquí deben exponerse algunos puntos prácticos. (Franks; A; Hedegard, B 1976)

La estructura colada de una prótesis parcial removible esta compuesta de conector mayor, conectores menores, apoyos oclusales, planos guías, retenedores directos, retenedores indirectos, y bases. Su denominación es la misma para ambas arcadas aunque en algunos de ellos esto se da de forma distinta. La misión para que han sido diseñado son las siguientes: el conector mayor es elemento principal de donde parten todos los elementos secundarios, todos se unen a el. Los conectores menores son los que unen los elementos secundarios al conector mayor. Los apoyos oclusales son elementos que se apoyan sobre los descansos labrados en los dientes o coronas coladas, estos evitarán que el aparato se incruste en la encía cuando actúan las formas masticatorias. Los planos guías están situados en las caras proximales de los dientes junto a los espacios desdentados, guían la trayectoria de inserción. Los retenedores directos son los ganchos, su misión es impedir que el aparato se desprenda de su inserción. Son intracoronarios y siempre precisan una corona a la que están soldados. El retenedor indirecto es el conjunto de elementos secundarios situados en una área de la boca, estos neutralizan la fuerza que tiende a despejar la prótesis del extremo libre. La base es el elemento que lleva incorporado los

con mayor facilidad. En este punto deberá estar aliviada. No presentará ningún ángulo agudo y menos en su unión con las bases. (Keogh T. Mallat E. 1995)

Si va acompañada de un gancho continuo en la cara lingual de los incisivos, se aumentará su resistencia, las ventajas y desventajas son cubrir una mínima parte del paladar, por lo que los pacientes no se quejan de cambios en la adicción ni de pérdida del gusto, será poco rígida. Si se aumenta demasiado su grosor puede presentar molestias a la lengua. Es un diseño inadecuado y anticuado. Indicaciones en casos dentosoportados cuya rigidez no sea muy necesaria. Si en algún caso de extremo libre corto de uno, dos o tres dientes, pero cuyo reborde marginal sea potente, bien osificado y duro, en general es un conector no muy aconsejable, es muy anticuado.

La banda palatina antero posterior (doble banda): en ambas bandas el metal debe tener un grosor uniforme, con sellado periférico doble. El borde anterior de la banda anterior está situado a más de 6 milímetros del reborde anterior. Los bordes anteriores de la banda anterior descansarán si llegan a ellos, en los valles de las rugosidades palatinas, jamás terminarán en la crestas de las mismas rugosidades. El borde lateral interno o palatino estará en la unión del plano horizontal con el vertical del paladar, en ausencia de los dientes anteriores, puede extenderse al grupo incisivo para incorporarlos a la prótesis. Las ventajas y desventajas es un conector muy potente, rígido e indeformable, a pesar de ello, puede causar molestias en la adicción y en el gusto de los alimentos por su mayor cobertura del paladar. (Keogh T. Mallat E. 1995)

No obstante, el hecho de ser amplio permite hacerlo mas delgado y, por lo tanto, menos perceptible. Sus indicaciones son: en casos de ausencia extensa de piezas. En la mayoría de

dientes, y puede apoyarse sobre la encía en las clases I, II, o sobre dientes remanentes naturales en clase III. (Keogh T. Mallat E. 1995)

Los conectores mayores, tienen como característica más importante la rigidez, otra es la perfecta adaptación de la estructura a los tejidos blandos subyacentes. Esta adaptación vendrá potenciada por el sellado periférico mediante una preparación previa . El conector mayor será liso y muy pulido en la parte que mira afuera y en la parte que mira dentro en el paladar será sin pulir. La barra palatina anteroposterior (doble barra) será más aplanada en relación a la más posterior para evitar que moleste a la lengua. La posterior será mas gruesa, mas oval, para darle resistencia a la torsión, pero menos abultada la barra simple. Ambas barras deberán ser simétricas de diseño y cruzar la línea media del paladar en ángulo recto para lograrlo. Las barras llevaran un sellado periférico. Las ventajas y desventajas tiene gran rigidez por su forma arciforme y su diseño en dos planos distintos, cubre una mínima parte del paladar pero a veces debe engrosarse para aumentar su rigidez., el exceso de bordes en contacto con la lengua puede hacerla incomoda ya que esta tiende a detectarlos. Las indicaciones son; siempre que no se precise gran rigidez, como en caso de dentosoportados con ausencia de tres o cuatro piezas entre ambos lados. (Keogh T. Mallat E. 1995)

En dentosoportados en ausencia de dos o tres dientes en un solo lado y dientes periodontalmente sanos, en caso de torus palatinos no quirúrgicos por causas de cualquier tipo. La barra palatina media y posterior deberán estar ubicadas en la zona del primer molar o en la del segundo molar en el límite entre ambos. Para darle mayor rigidez deberá ser gruesa, principalmente a la altura de la línea media, que es el punto donde puede doblarse

casos con amplia ausencia del grupo incisivo, en cuyo caso se prolonga en forma de placa palatina para soportar los dientes anteriores ausentes. En presencia de un torus palatino reducido es el diseño mas frecuente. La banda palatina media o banda palatina medio-posterior: es una banda amplia que ofrece excelente soporte; rígida y a la vez delgada, por lo tanto no es molesta para el paciente. Puede ser amplia o estrecha, según desee distribuirse la fuerza al paladar. Tendrá un mínimo de 8 milímetros de ancho; su grosor será en el centro de 1.5 milímetros para ir adelgazándose en sentido posterior hasta llegar a 0.5 milímetros y terminar en forma ahusada y fina para adaptarse al paladar y no generar ningún resalte. Nunca tendrá una anchura menor de 8 milímetros, y por su situación estará conformada por tres planos, lo cual le confiere mucha resistencia. Sus ventajas son la amplitud que permite repartir las fuerzas a todo lo largo y ancho del paladar y tiene buena tolerancia por su grosor, una de sus desventajas es el exceso de paladar ocupado, y esta indicado en dentaduras dentosoportadas sin ausencia de dientes anteriores y en extremos libres bilaterales. La banda palatina anterior o en herradura tiene como ventaja que no alcanza a cubrir la pared posterior del paladar ni varia el gusto de los pacientes en relación con los alimentos. (Keogh T. Mallat E. 1995)

La movilidad que se presenta a veces tiene lugar al final de la apertura y también al apretar y flexionar los extremos de la prótesis. Su tamaño a nivel de la parte anterior de la boca da lugar a trastornos fonéticos y es causa de malestar en el paciente, para ser útil deberá ser grueso y fuerte, para actuar también como retener indirecto a la presión masticatoria, las bases laterales tienden a abrirse y vestibularse, por lo cual deberá engrosarse en las rugosidades palatinas, con la consiguiente incomodidad en la zona de trabajo de la lengua. En la clase III puede llegar a moverse los molares posteriores, por

ello no es un buen conector, aumenta la rigidez con una barra transversal posterior. En cuanto a sus indicaciones son muy restringidas y por poco que se pueda, no se debe utilizar. En los casos de una sutura media prominente y dura , en los torus palatinos, en los casos de ausencia del grupo incisivo anterior. (Keogh T. Mallat E. 1995)

En la banda anterior en herradura cerrada, es similar a la anterior, con la ventaja de que en la parte posterior y en el paladar duro presenta una barra que conecta a ambas bases cruzando el paladar. En cuanto a sus ventajas es muy rígido la cual aumenta por su apoyo en las rugosidades, su efecto en L, es decir metal en dos planos distintos, le proporciona una extraordinaria resistencia. (Keogh T. Mallat E. 1995)

Su desventaja puede provocar alteraciones en la fonética por la ocupación de las zonas de las rugosidades palatinas y sus bordes extensos provocan molestias en la lengua. Las indicaciones que este presenta, se utiliza en aquellos casos en que hay que reemplazar los dientes anteriores y además en casos con un torus palatino, si no hubiera que reemplazar dientes anteriores sería mejor sustituir este conector por otro de doble banda, recordando que la banda anterior estará situada por detrás de las rugosidades palatinas. (Keogh T. Mallat E. 1995)

En la placa palatina completa el conector mayor abarca completamente todo el paladar, el diseño de su extensión esta en relación inversa con el número de dientes remanentes. Cuantos menos dientes haya, mayor extensión tendrá. Incluso puede llegar a cubrir toda la cara lingual de los incisivos remanentes. (Keogh T. Mallat E. 1995)

Existen tres modalidades de placa completa: el paladar total colado, paladar combinado de metal y paladar totalmente de acrílico. En el paladar total colado, estas placas no precisan del clásico postdamming propio de las dentaduras completas de acrílico. (Keogh T. Mallat E. 1995)

En el paladar combinado con base de acrílico, consta de una parte anterior que cubre las rugosidades palatinas hasta la mitad del paladar con unas líneas de acabado tanto internas como externas, en el metal y se continua con una malla o retenciones para el acrílico hasta el final del paladar duro. Esta malla tendrá aproximadamente 10 mm de ancho y el resto será de acrílico. (Keogh T. Mallat E. 1995)

El paladar exclusivamente acrílico solo se usa para prótesis temporales o provisionales en espera de la cicatrización para después construir la prótesis definitiva. La forma de anclar esta prótesis es por ganchos o simplemente, sin ellos, por succión y adaptación del paladar. (Keogh T. Mallat E. 1995)

En las ventajas de los paladares metálicos, permiten la transmisión de los cambios de temperatura de los líquidos que se ingieren a la mucosa, lo cual es beneficioso para facilitar su circulación superficial. Esto no ocurre en los paladares de acrílico. (Keogh T. Mallat E. 1995)

En las desventajas, cuando es exclusivamente metálico no proporciona un sellado periférico perfecto, a menos que lleve un postdamming. Una completa de acrílico da un mejor sellado. (Keogh T. Mallat E. 1995)

En el sellado periférico de los aparatos está constituido por cierre metálico en los límites de los conectores superiores que, desplazando ligeramente los tejidos blandos, evita que los alimentos penetren debajo del conector mayor. Cuando esto ocurre en un aparato terminado significa que al encerarlo y empaquetarlo, ha quedado alto y el conector mayor ha sido desplazado de su ajuste exacto. Es imprescindible una impresión del paladar eliminando las mucosidades mediante una gasa. Para tener un buen sellado periférico se debe realizar en el modelo de trabajo una vez diseñada y dibujada la prótesis. (Keogh T. Mallat E. 1995)

El conector mayor dividido como rompefuerzas consiste en una variante sin anclaje y obtenida por la escisión o corte único o doble del conector mayor. Para desconectar un diente sobrecargado de una hemiarcada se da un corte en el conector mayor por delante del diente que, partiendo de la base, se dirigirá hacia el rafé medio palatino. Este corte desconecta la prótesis de sus cargas, que eran recibidas por el último molar. (Keogh T. Mallat E. 1995)

La importancia de la unión protésico-velopalatina es muy importante por los detalles de su unión para los casos en que por su extensión, la prótesis debe buscar el apoyo y la ayuda de un sellado protésico posterior para evitar el exceso de carga ejercida sobre los dientes remanentes cuando su soporte esta muy disminuido. El velo del paladar participa en diversas funciones como la deglución , la fonación, la succión, la audición, la respiración, el bostezo, y las nauseas. (Keogh T. Mallat E. 1995)

En las propiedades de una buena unión protésico-velopalatina, es imprescindible una perfecta impresión para lo cual hay que eliminar previamente las mucosidades en retención,

estabilización, sustentación, infiltración de alimentos, transición entre prótesis y mucosa, elimina el reflejo nauseoso, y proporciona una transición entre la prótesis y la mucosa sin solución de continuidad. (Keogh T. Mallat E. 1995)

El conector mayor mandibular presenta un diseño complicado puesto que hay que reunir todas las características y exigencias de los conectores mayores y se han de tener en cuenta sus limitaciones en el ancho, la ubicación, y, sobre todo en la longitud. Esta última limita la principal exigencia de un conector mayor, como es la rigidez, ya que para obtenerla se debería agrandarla tanto que sería molesta e inaceptable para el paciente. Estos conectores exigen un alivio que dependerán de si la prótesis es dentosoportada o mucosoportada. También dependerá de la configuración anatómica del espacio sublingual es decir, de la inclinación lingual de esta pared interna. si esta pared es vertical el alivio será mínimo: de 0.5 mm aproximadamente. Si es retentiva por el socavado sublingual se deberá bloquear este espacio y colocar esta barra con un alivio ligero de 0.5 mm. Por último si esta pared esta inclinada en sentido lingual, debe llevarse a cabo un alivio de 1 mm. (Keogh T. Mallat E. 1995)

La barra lingual tiene forma de media pera, con la parte más ancha al fondo y la parte más estrecha al margen gingival. Debe ser bastante gruesa y rígida para asegurar la indeformabilidad. Grosor normal 1.6 mm. Una de sus mejores ventajas es que no cubre los tejidos gingivales y deja los dientes libres; evita que la lengua pueda sufrir algunas molestias y una de sus desventajas es que por su escaso tamaño pueda dar un conector mayor de poca rigidez. (Keogh T. Mallat E. 1995)

La doble barra lingual esta compuesta por una barra lingual y gancho continuo liguocingular o de Kennedy, de 2-3 mm de altura y 1 mm de grosor; ofrece retención directa, contribuye a la estabilización horizontal, deja el margen gingival totalmente descubierto. Algunas de las indicaciones de la doble barra lingual es: precisar retención indirecta, por lo ancho dará fuerza lo cual puede ser molesto para el paciente . (Keogh T. Mallat E. 1995)

La placa lingual, tiene forma de pera en su interior y con un gancho inferior más alto para fortalecerla, va adelgazándola a medida que va cubriendo la encía y los dientes, hasta apoyarse sobre el cíngulo de estos. Posee una mayor rigidez que una barra lingual y una doble barra, si no esta bien diseñada puede causar irritaciones y empaquetamiento de comidas, y puede ser una molestia para la boca; esta placa esta indicada en parodontopatías para dar ferulización del grupo anterior y siempre que interese aumentarlas se coloca la barra vestibular ya mencionadas, en casos de torus mandibulares y en casos de ausencia de varios incisivos. (Keogh T. Mallat E. 1995)

En la barra singular el reducido espacio causado por la altura del piso de la boca, la posición del frenillo lingual o la presencia de torus mandibulares, sobre todo los mandibulares entre premolares y caninos, son las causas principales que invalidan la colocación de una barra lingual. La barra lingual se usa en un 75% de los casos. El espacio necesario para una barra lingual es de 8 mm, si este espacio no es apto aparece molestias por fricción de la lengua y alteraciones fonéticas, en los extremos, en los extremos libres y laterales las fuerzas que actúan sobre la base pueden causar rotación y lesionar los tejidos blandos. (Keogh T. Mallat E. 1995)

En cuanto a sus ventajas en los dientes anteriores gastados por atrición y en los que existen problemas de espacio. El conector mayor forma una unidad con los dientes anteriores, también actúa como un retenedor indirecto. Es fácil la compostura cuando se pierden dientes anteriores. En las desventajas hay grosor lingual de metal, sobre todo cuando hay apiñamiento, si existen diastemas la estética puede estar comprometida. Dependerá del ancho de los dientes. Contraindicada una fuerte lingualización del grupo incisivo(Keogh T. Mallat E. 1995)

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Identificar los éxitos y/o fracasos en pacientes con prótesis total y/o removibles atendidos en el Colegio Odontológico Colombiano desde 1998 hasta 1999.

1.5.2 Específicos

1.5.2.1 Establecer según el género y la edad los éxitos y/o fracasos de pacientes con prótesis total y/o removibles.

1.5.2.2 Determinar las diferentes alteraciones sistémicas que presentan los pacientes.

1.5.2.3 Analizar el estrato social y el nivel educativo de los pacientes.

1.5.2.4 Identificar las causas de los éxitos y/o fracasos en las prótesis total y/o removibles.

1.5.2.5 Identificar los diferentes tipos de diseños de prótesis en los pacientes atendidos en el Colegio Odontológico Colombiano en 1998-1999.

1.5.2.6 Determinar el tiempo de uso de las prótesis presentes en boca.

2. MÉTODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

2.2. OBJETO DE ESTUDIO

Prótesis total y/o removible

2.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

47 pacientes a los que se les realizó tratamiento de prótesis total y/o removible en los años de 1998 hasta 1999 y que decidieron colaborar con el estudio en el Colegio Odontológico Colombiano.

2.4. VARIABLES

2.4.1 Genero:

Masculino y femenino.

2.4.2 Edad: se tomaron los siguientes rangos de edad.

45 - 49 Años.

50 – 54 Años.

55 – 59 Años.

Más de 60 Años.

2.4.3 Alteraciones sistémicas.

Diabetes

Hemofilia

Hipertensión

Enfermedades Cardiovasculares

Artritis

Anemia

Osteoporosis

2.4.4 Estrato social:

Estrato social 1

Estrato social 2

Estrato social 3

Estrato social 4

Estrato social 5

Estrato social 6

2.4.5 Nivel educativo:

Primaria incompleta.

Primaria completa.

Bachillerato incompleto.

Bachillerato completo.

Técnicos / tecnólogo.

Universitario.

Especialización.

Otros.

2.4.6 Causas del fracaso y/o éxito:

Causa de éxitos:

Buena técnica de impresión

Diseño ideal de la prótesis

Indicaciones del operador al paciente de higiene oral.

Dieta blanda.

Controles posteriores a la entrega de la prótesis

Reborde residual adecuado.

Causa de fracasos:

Mala técnica de impresión .

Diseño de la prótesis inadecuada.

No indicaciones del operador de higiene oral.

Dieta dura.

Inasistencia del paciente a controles posteriores de la entrega de la prótesis.

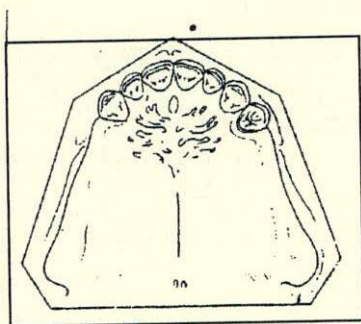
Reborde residual inadecuado.

Buena técnica de impresión.

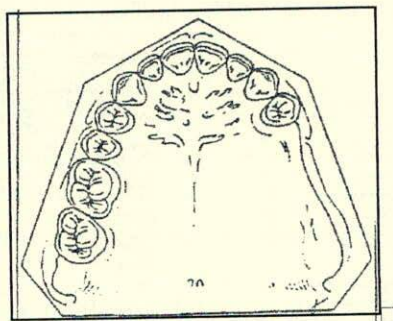
2.4.7 Tipo de diseños:

Clasificación de Kennedy

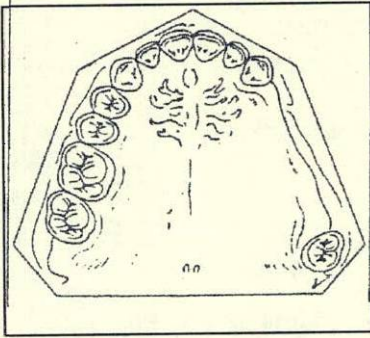
Clase I: Área desdentada bilateral ubicadas posteriormente a los dientes naturales de las modificaciones I, II, III y IV.



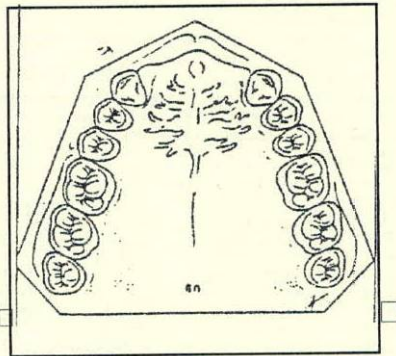
Clase II: Presenta una sola zona desdentada posterior unilateral, con ausencia total o parcial de premolares y molares. También presenta las cuatro modificaciones mencionadas en la anterior.



Clase III: Presenta espacios desdentados laterales limitados a nivel mesial y a nivel distal por dientes, es decir, se apoya totalmente sobre dientes y, por lo tanto, es dentosoportada. Su función es similar a la de la prótesis fija. Presenta cuatro tipos de modificaciones según el número de espacios desdentados que haya en la zona dentada.

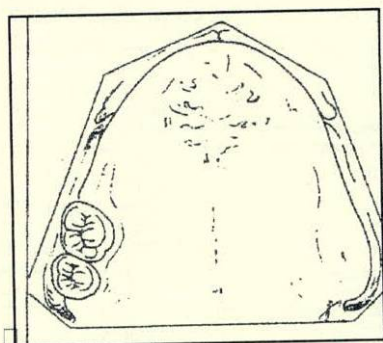


Clase IV: La zona desdentada esta situada en la parte anterior de la boca. Puede faltar los cuatro incisivos o los seis dientes anteriores, o un número mayor de ellos. La guía incisal prácticamente no es activa, por lo tanto la mejor solución será transformarla en una prótesis dentosoportada o totalmente fija mediante implantes osteointegrados. Es fácil de solucionar si existen caninos, pero más complicados si están ausentes. Lo ideal será devolverle una guía incisal potente y exclusora.

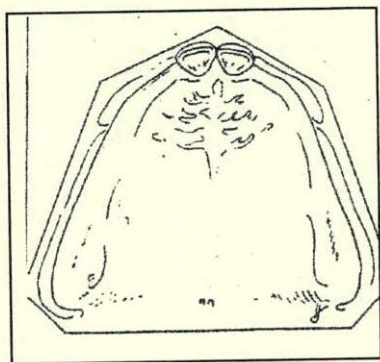


Clase V : Esta solo posee un par de molares en un solo lado de la boca y el resto esta totalmente desdentado. La solución será una prótesis mucosoportada y se planteará la extracción de ambos molares para transformarla en una prótesis completa. De esta forma

se eliminará una fuente de interferencias con los molares naturales y perdemos un punto importante de retención para una prótesis completa como es la tuberosidad.



□ Clase VI : Solo existen los dos incisivos centrales. En esta situación también se pierde la zona incisiva para una retención de prótesis completa, por lo que se planteará su extracción. De esta manera se obtendrá quizá, mejores resultados. Puede mantenerse un tiempo en la boca para su posterior extracción y su incorporación ala prótesis, que es de transición a una prótesis total.



2.4.8 Tiempo de uso

menos de 1 año.

1 año.

2 años.

3 años.

2.5 INSTRUMENTOS

Para efectos de este estudio se utilizó el instrumento 1. historias clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, 2. encuesta telefónica, 3. control clínico.

2.6 ANALISIS ESTADÍSTICO

Para efectos de este estudio se realizó estadística descriptiva del tipo de medidas de tendencia central del tipo porcentaje para cada uno de las variables planteadas y promedio para la variable de edad.

2.7 PROCEDIMIENTO

Se buscó en la central de historias clínicas del Colegio Odontológico Colombiano sede centro, las historias clínicas de los años 1998-1999, teniéndose en cuenta registros de las historias clínicas que certificaron tener tratamientos con prostodoncia total y/o removible, de estas historias clínicas se obtuvieron datos como: nombre, edad, género, número telefónico, número de historia clínica, tipo de prótesis etc. Se encontraron 1200 historias clínicas que correspondían a dichos tratamientos.

A cada uno de los investigadores se le entregaron 133 teléfonos de pacientes para realizar la encuesta telefónica. Se realizaron las llamadas, y se les preguntó si actualmente tenían su prótesis, y si no, el motivo de su causa, también si estaban de acuerdo en asistir a un control para realizar el estudio. Los pacientes que aceptaron fueron citados a la unidad de diagnóstico y a una unidad del 7 piso del Colegio Odontológico Colombiano. Junto con

el Dr. Omar Bernal se les observó el estado de sus prótesis, diligenciando así el instrumento

3. Control clínico. Se determinó el tiempo de uso de la prótesis.

Se observó si su prótesis tenía alguna alteración como desadaptaciones, fracturas de sus retenedores, cambio de color de los dientes, ausencia de dientes a reemplazar, prótesis reparadas entre otras.

Se valoró con las prótesis en boca si al paciente no le incomodaba al hablar, al sonreír y preguntándole si no le molestaba al comer.

Los pacientes informaron el tipo de higiene oral para con sus prótesis, como y con que la realizaban. Inmediatamente se observó clínicamente el reborde alveolar del paciente, si estaba continuo o irregular, o si presentaban algún tipo de hiperplasias.

Los pacientes que presentaban algún tipo de alteración como hiperplasias, se determinó que parte de la prótesis causaba esta lesión.

Se tomaron fotografías de los pacientes con y sin las prótesis en boca, observando el tipo de oclusión del paciente, y determinando si en algo podría influir la prótesis en su tipo de mordida. Luego de tomar este tipo de fotografías, se le tomaron a las prótesis estableciendo el grado de deterioramiento o la conservación de las mismas.

Después de haber realizado el control clínico de los pacientes, se elaboraron los resultados de los posibles éxitos y/o fracasos de este estudio.

3. RESULTADOS

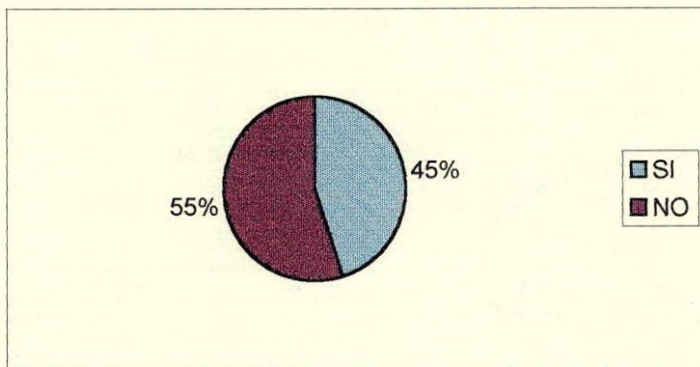
Resultados de la encuesta telefónica del instrumento 2.

Los pacientes que actualmente tienen la prótesis 168 (45%) y 202 (55%) reportaron no tenerla.

Tabla 1. Distribución porcentual de la prótesis

	Número	Porcentaje
Si	168	45
No	202	55
Total	370	100

Gráfica 1. Distribución porcentual de la prótesis.

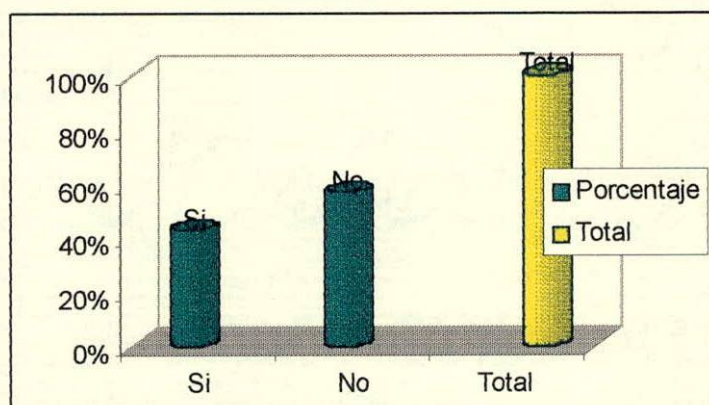


De los 370 pacientes que fueron llamados telefónicamente 156 (43%) de ellos reportaron que querían asistir a los controles en el Colegio Odontológico Colombiano y 214 (57%) contestaron que no asistirán a los controles.

Los Tabla 2. Le gustaría asistir a un control.

	Número	Porcentaje
Si	156	43%
No	214	57%
Total	370	100%

Gráfica 2. Le gustaría asistir a un control.

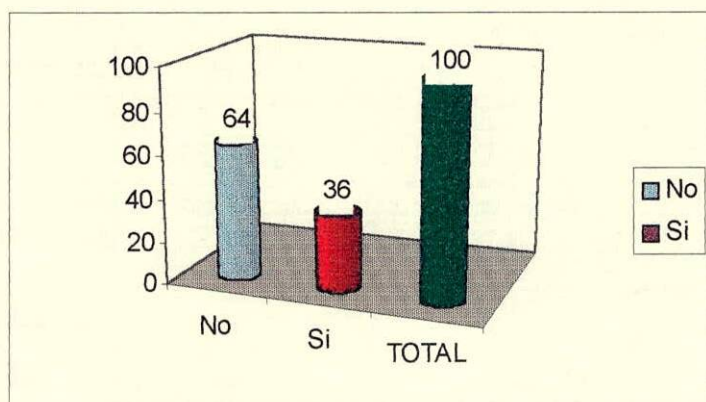


Pacientes que desean colaborar con el estudio fueron 136 (36%) y los pacientes que no colaboran con el estudio 234 (64%).

Tabla 3. Pacientes que colaboran con el estudio.

	Número	Porcentaje
No	234	64
Si	136	36
TOTAL	370	100

Gráfica 3. Pacientes que colaboran con el estudio.

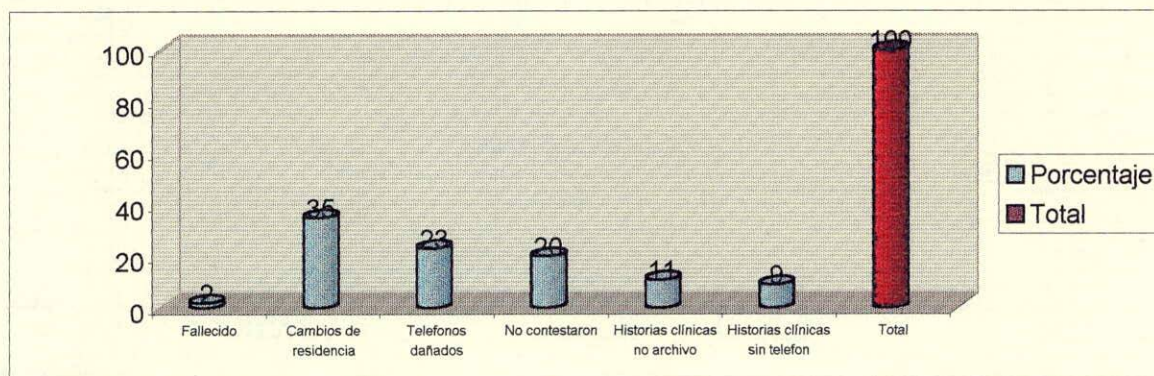


Otras razones por las que los pacientes no asistieron al control fueron por: fallecimiento 16 (2%), cambio de residencia 289 (35%), pacientes con teléfono dañado 194 (23%), pacientes que no responden al teléfono 166 (20%), pacientes con historias clínicas que no se encontraron en el archivo de la sede centro 93 (11%), pacientes que no poseen el número telefónico en la historia clínica 72 (9%).

Tabla 4. Motivos por los cuales no se pudo llevar a cabo la encuesta telefónica.

	Número	Porcentaje
Fallecido	16	2
Cambios de residencia	289	35
Teléfonos dañados	194	23
No contestaron	166	20
Historias clínicas no archivo	93	11
Historias clínicas sin teléfono	72	9
Total	830	100

Grafico 4. Motivos por los cuales no se pudo llevar a cabo la encuesta telefónica.



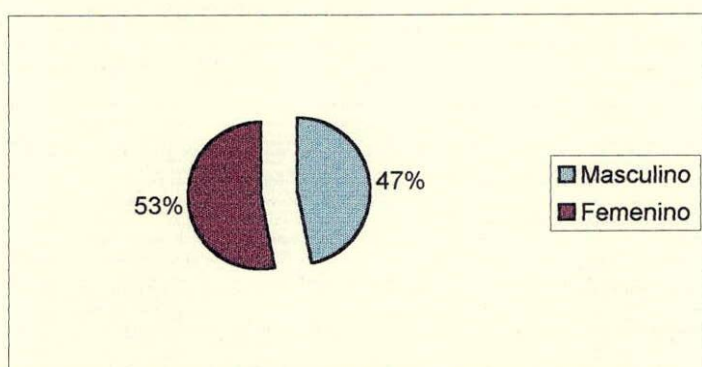
Resultados del instrumento 3. Control clínico.

Los pacientes que asistieron a control fueron 47, de los cuales 22 (47%) pertenecen al género masculino, mientras que el 25 (53%) al género femenino.

Tabla 5. Distribución porcentual según género

	Número	Porcentaje
Masculino	25	47
Femenino	22	53
Total	47	100

Gráfica 5. Distribución porcentual según género.

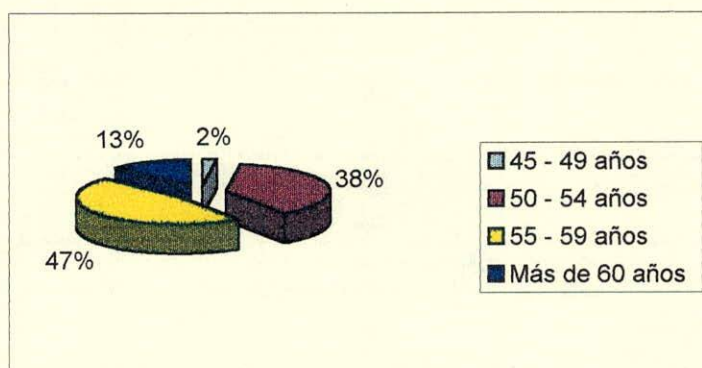


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 1 (2%) de los pacientes sus edades oscilan entre 45-49 años, 18 (38%) de los pacientes sus edades oscilan entre 50-54 años, 22 (47%) de los pacientes oscilan entre 55-59 años, 6 (13%) de los pacientes poseen mas de 60 años.

Tabla 6. Promedio según rango de edad.

	Número	Prmeio
45 - 49 años	1	2
50 - 54 años	18	38
55 - 59 años	22	47
Más de 60 años	6	13
Total	47	100%

Gráfica 6. Promedio según rango de edad.

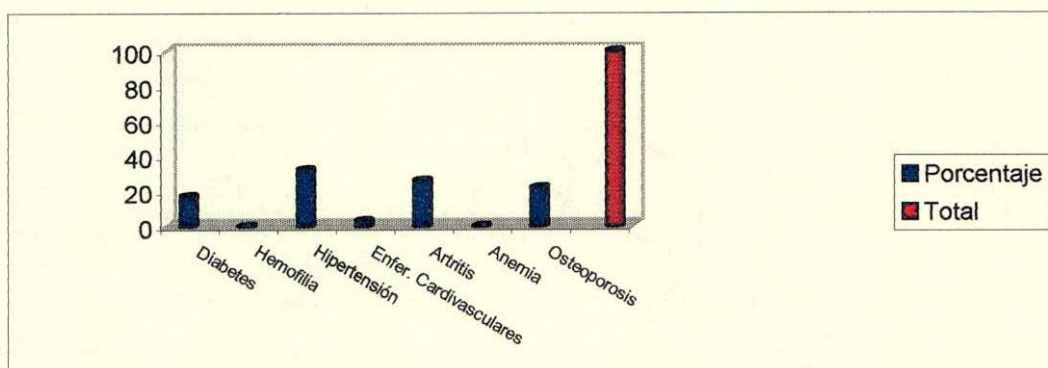


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 10 (17%) de los pacientes son diabéticos, 0 (0%) de los pacientes son hemofilicos, 18 (32%) de los pacientes son hipertensos, 2 (3%) de los pacientes presentan enfermedades cardiovasculares, 15 (26%) de los pacientes sufren de artritis, 0 (0%) de los pacientes presentan anemia, 13 (22%) de los pacientes presentan osteoporosis

Tabla 7. Distribución porcentual según alteraciones sistémicas.

	Número	Porcentaje
Diabetes	10	17
Hemofilia	0	0
Hipertensión	18	32
Enfer. Cardivasculares	2	3
Artritis	15	26
Anemia	0	0
Osteoporosis	13	22
Total	58	100

Gráfica 7. . Distribución porcentual según alteraciones sistémicas.

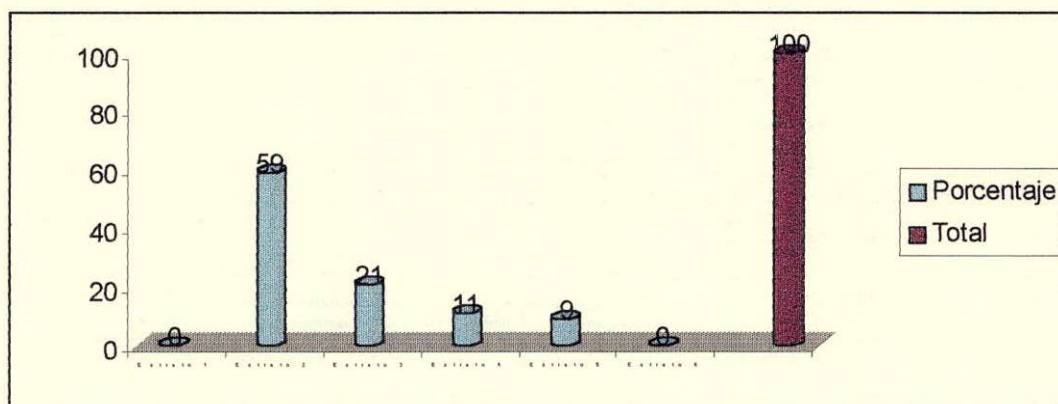


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 0(0%)de estrato 1; 28 (59%)estrato 2 ; 10 (21%) estrato 3 ; 5 (11%) estrato 4; 4 (9%) estrato 5; 0 (0%) estrato 6.

Tabla 8. Distribución porcentual según estrato Social.

	Número	Porcentaje
Estrato 1	0	0
Estrato 2	28	59
Estrato 3	10	21
Estrato 4	5	11
Estrato 5	4	9
Estrato 6	0	0
Total	47	100

Gráfica 8. Distribución porcentual según estrato Social

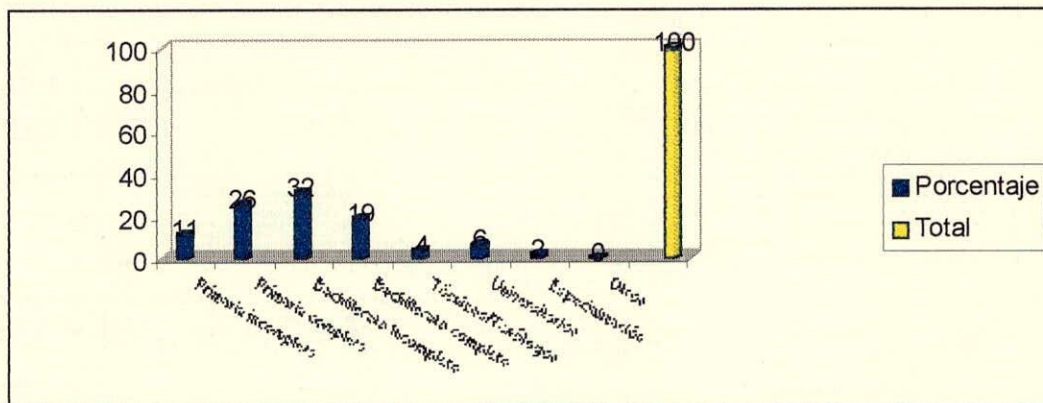


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 5 (11%) de los pacientes reportaron primaria incompleta, 12 (26%) de los pacientes reportaron primaria completa, 15 (32%) de los pacientes reportaron bachillerato incompleto, 9 (19%) de los pacientes reportaron bachillerato completo, 2 (4%) de los pacientes reportaron ser tecnólogos, 3 (6%) de los pacientes reportaron ser universitarios, 1 (2%) de los pacientes reportaron ser profesionales con especialización.

Tabla 9. Nivel educativo

	Número	Porcentaje
Primaria incompleta	5	11
Primaria completa	12	26
Bachillerato Incompleto	15	32
Bachillerato completo	9	19
Técnicos/Tenólogos	2	4
Universitarios	3	6
Especialización	1	2
Otros	0	0
Total	47	100

Gráfica 9. Nivel educativo

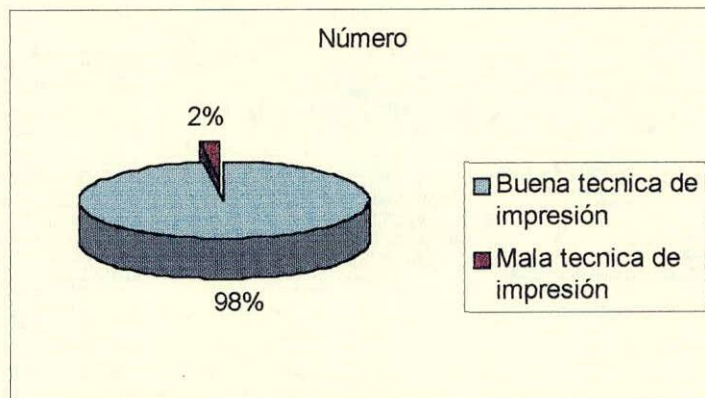


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 46 (98%) de los pacientes tuvieron buena técnica de impresión, 1 (2%) de los pacientes tuvieron una mala técnica de impresión.

Tabla 10.1 Distribución porcentual según técnicas de impresión.

	Número	Porcentaje
Buena técnicas de impresión	46	98
Mala técnica de impresión	1	2
Total	47	100

Gráfica 10.1 Distribución porcentual según técnicas de impresión.

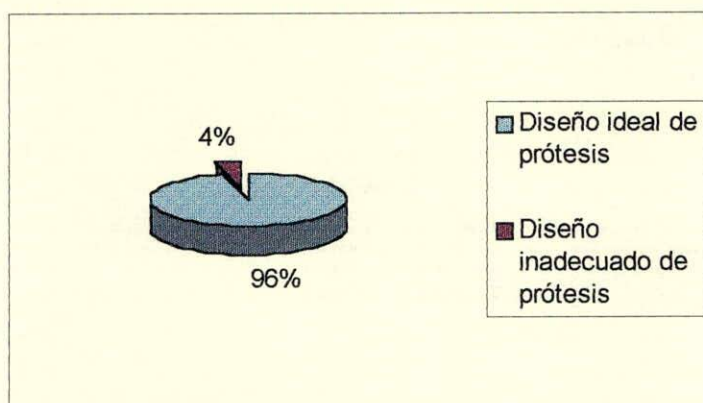


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 45 (96%) de los pacientes tuvieron un buen diseño de la prótesis, 2 (4%) de los pacientes tuvieron una inadecuada técnica de impresión.

Tabla 10.2. Distribución porcentual según diseño de prótesis.

	Número	Porcentaje
Diseño ideal de prótesis	45	96
Diseño inadecuado de prótesis	2	4
Total	47	100

Gráfica 10.2. Distribución porcentual según diseño de prótesis.

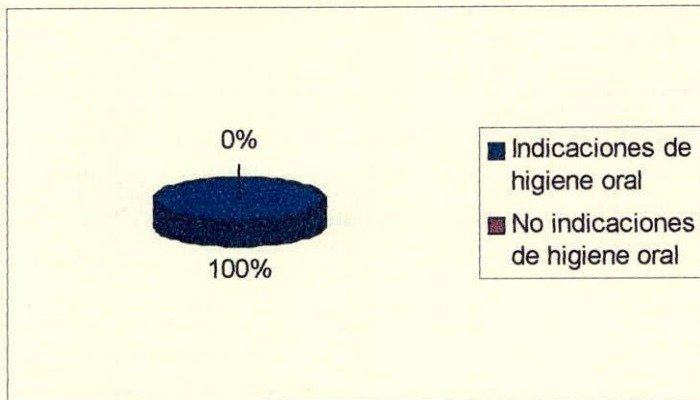


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 47 (100%) de los pacientes tuvieron indicaciones de higiene oral para sus prótesis.

Tabla 10.3 Distribución porcentual según índice de higiene oral.

	Número	Porcentaje
Indicaciones de higiene oral	47	100
No indicaciones de higiene oral	0	0
Total	47	100

Gráfica 10.3 Distribución porcentual según índice de higiene oral.

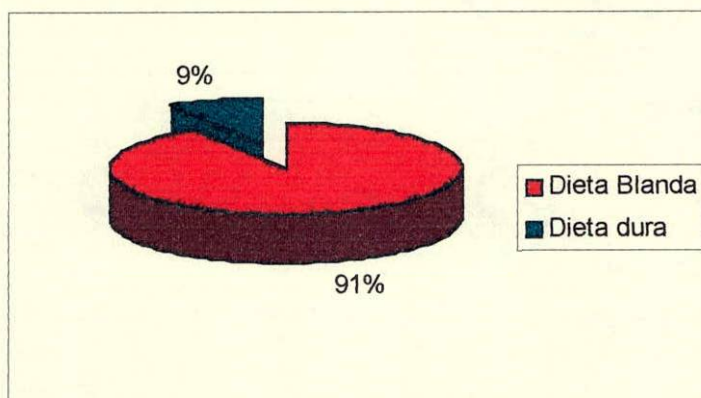


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 43 (91%) de los pacientes tienen dieta blanda, 4 (9%) de los pacientes tienen dieta dura.

Tabla 10.4 Distribución porcentual según tipo de dieta.

	Número	Porcentaje
Dieta Blanda	43	91
Dieta dura	4	9
Total	47	100

Gráfica 10.4 Distribución porcentual según tipo de dieta.

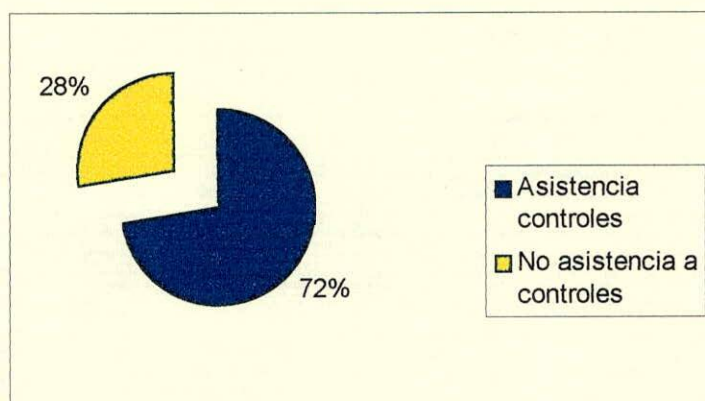


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 34 (72%) de los pacientes asistieron a controles posteriores a la entrega de la prótesis, 13 (28%) de los pacientes no asistieron a controles posteriores a la entrega de la prótesis.

Tabla 10.5 Distribución porcentual según asistencia a controles.

	Número	Porcentaje
Asistencia controles	34	72
No asistencia a controles	13	28
Total	47	100

Gráfica 10.5 Distribución porcentual según asistencia a controles.

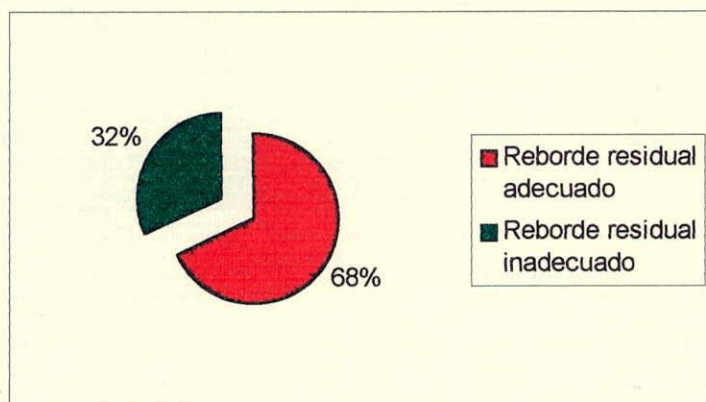


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 32 (68%) de los pacientes tienen un reborde residual adecuado, 15 (32%) de los pacientes no poseen un buen reborde residual.

Tabla 10.6 Distribución porcentual según reborde residual.

	Número	Porcentaje
Reborde residual adecuado	32	68
Reborde residual inadecuado	15	32
Total	47	100

Gráfica 10.6 Distribución porcentual según reborde residual.

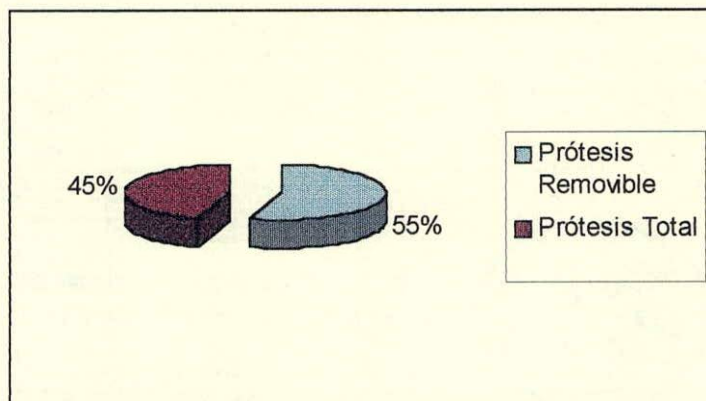


De los 47 pacientes que se les realizó el estudio en el Colegio Odontológico Colombiano, 31 (55%) de los pacientes presentaban prótesis removible, y 28 (45%) presentaban prótesis total.

Tabla 11. Distribución porcentual según tipo de prótesis.

	Número	Porcentaje
Prótesis Removible	31	55
Prótesis Total	28	45
Total	59	100

Gráfica 11. Distribución porcentual según tipo de prótesis.



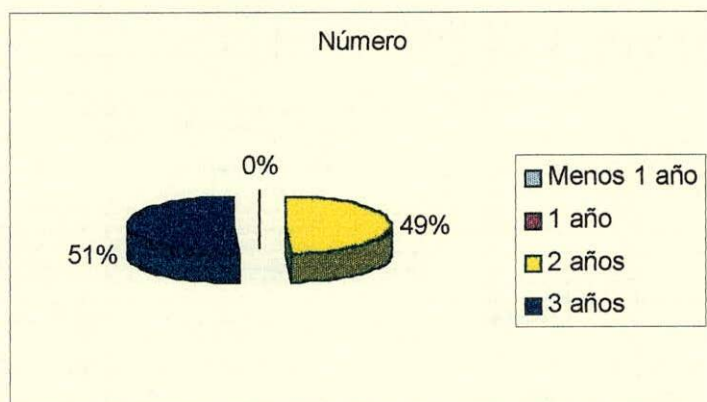
De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 0 (0%) de los pacientes llevan menos de 1 año con las prótesis, 0 (0%) de los

pacientes llevan 1 año con las prótesis, 23 (49%) de los pacientes llevan 2 años con las prótesis, 24 (51%) de los pacientes llevan 3 años con las prótesis.

Tabla 12. Distribución porcentual según tiempo de uso de la prótesis.

	Número	Porcentaje
Menos 1 año	0	0
1 año	0	0
2 años	23	49
3 años	24	51
Total	47	100

Gráfica 12. Distribución porcentual según tiempo de uso de la prótesis.

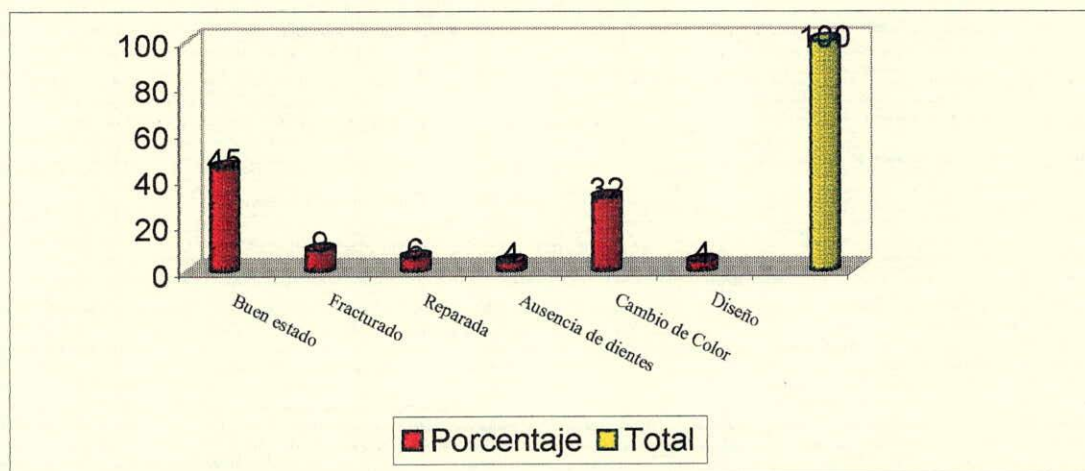


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 21 (45%) de los pacientes tienen sus prótesis en buen estado, 4 (9%) de los pacientes presentan fracturas en sus prótesis, 3 (6%) de los pacientes tienen sus prótesis reparadas, 2 (4%) de los pacientes presentan ausencia de dientes artificiales, 15 (32%) de los pacientes presentan cambio de color de los dientes artificiales, 2 (4%) de los pacientes presentan un mal diseño de prótesis.

Tabla 13. Distribución porcentual según estado de la prótesis.

	Número	Porcentaje
Buen estado	21	45
Fracturado	4	9
Reparada	3	6
Ausencia de dientes	2	4
Cambio de Color	15	32
Diseño	2	4
Total	47	100

Gráfica 13. Distribución porcentual según estado de la prótesis.

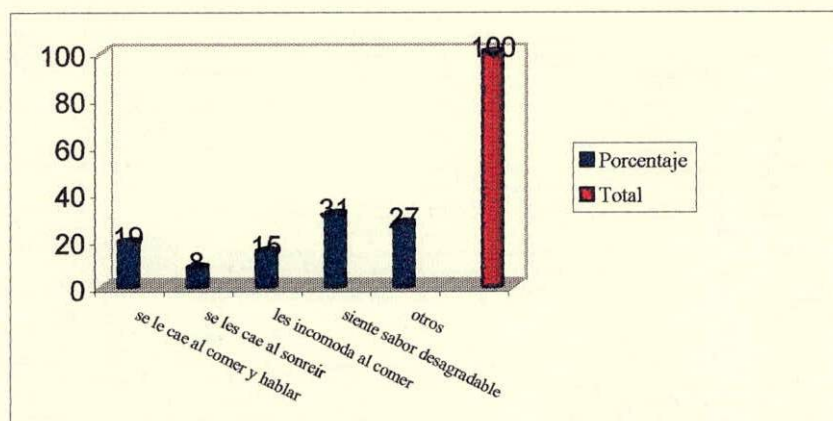


De los pacientes que asistieron al control clínico, reportaron que su prótesis en cavidad oral se le cae al comer y hablar 10 (19%), se les cae al sonreír 4 (8%) , les incomoda al comer 8 (15%), siente sabor desagradable 16 (31%), y otros son los que no reportan ninguna incomodidad con la prótesis 14 (27%).

Tabla 14. Distribución porcentual según estado de la prótesis en cavidad oral.

	Número	Porcentaje
se le cae al comer y hablar	10	19
se les cae al sonreír	4	8
les incomoda al comer	8	15
siente sabor desagradable	16	31
otros	14	27
Total	52	100

Gráfica 14. Distribución porcentual según estado de la prótesis en cavidad oral.

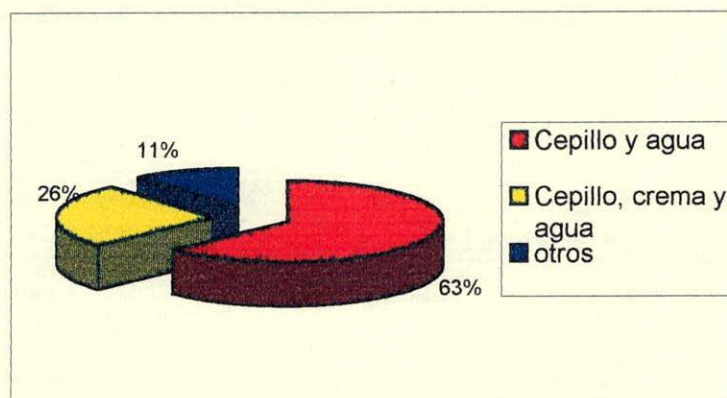


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 30 (63%) de los pacientes realizan higiene a la prótesis con cepillo y agua, 10 (26%) de los pacientes realizan higiene a la prótesis con cepillo crema y agua, 7 (11%) de los pacientes realizan higiene a la prótesis con otro tipo de ayuda.

Tabla 15. Higiene de la prótesis.

	Número	Porcentaje
Cepillo y agua	30	63
Cepillo, crema y agua	10	26
otros	7	11
Total	47	100

Gráfica 15. Higiene de la prótesis.

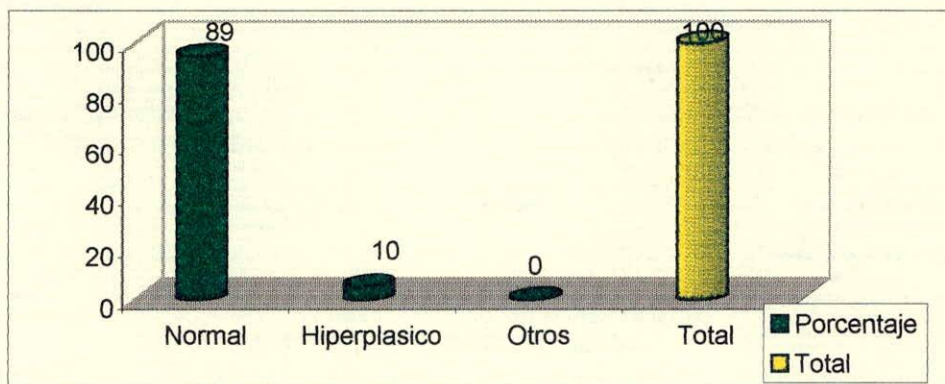


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 42 (89%) de los pacientes presentan reborde alveolar normal, 2 (10%) de los pacientes presentan reborde alveolar hiperplásico, 0 (0%) de los pacientes presentaron otro tipo de alteración.

Tabla 16. Distribución porcentual según reborde alveolar.

	Número	Porcentaje
Normal	42	89
Hiperplásico	5	10
Otros	0	0
Total	47	100

Gráfica 16. Distribución porcentual según reborde alveolar.

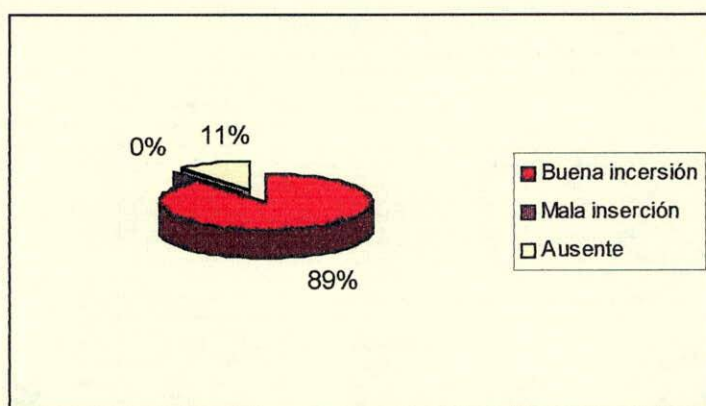


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano 42 (89%) de pacientes presentaron buena inserción de sus frenillos, 0 (0%) de pacientes presentaron mala inserción de los frenillos, y 5 (11%) de pacientes con ausencia de los mencionados anteriormente.

Tabla 17. Distribución porcentual de inserción de frenillos.

	Número	Porcentaje
Buena inserción	42	89
Mala inserción	0	0
Ausente	5	11
Total	47	100

Gráfica 17. Distribución porcentual de inserción de frenillos.

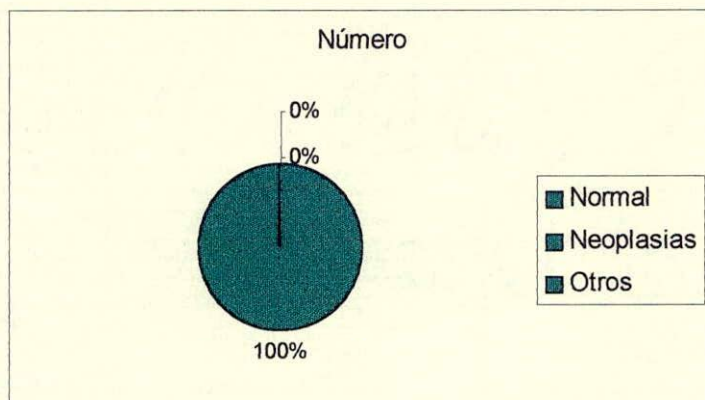


De los 47 pacientes que asistieron al Colegio Odontológico Colombiano, 0 (0%) pacientes presentaron algún tipo de neoplasia u otra alteración en el piso de boca.

Tabla 18. Distribución porcentual del piso de la boca.

	Número	Porcentaje
Normal	47	100
Neoplasias	0	0
Otros	0	0
Total	47	100

Gráfica 18. Distribución porcentual del piso de la boca.

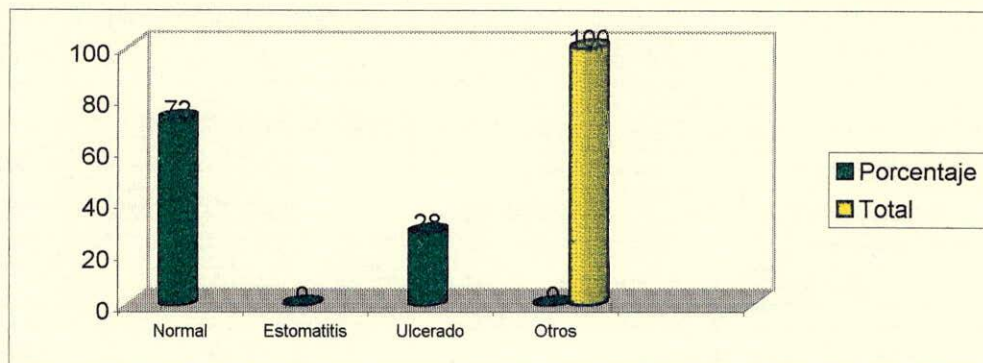


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 34 (72%) de los pacientes presentaron normalidad en el paladar duro y blando, 0 (0%) de los pacientes presentaron paladar duro y blando ulcerados, 13 (28%) de los pacientes presentaron estomatitis en paladar duro y blando, y 0 (0%) de los pacientes si presentaron otro tipo de alteración.

Tabla 19. Distribución porcentual de patologías de Paladar duro y blando.

	Número	Porcentaje
Normal	34	72
Estomatitis	13	28
Ulcerado	0	0
Otros	0	0
Total	47	100

Gráfico 19. Distribución porcentual de patologías de Paladar duro y blando.

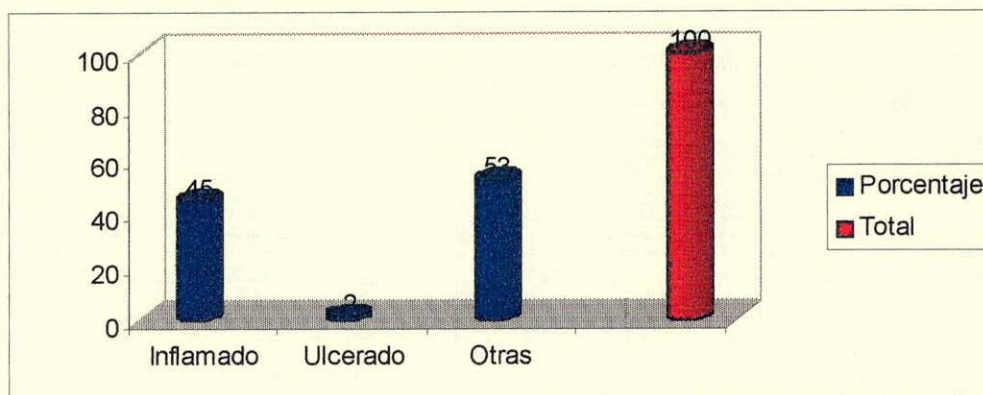


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, 21 (45%) de los pacientes presentaron gingiva inflamada, 1 (2%) de los pacientes presentaron su gingiva ulcerada, y 25 (53%) de los pacientes se encontró otro tipo de alteración.

Tabla 20. Distribución porcentual del estado de la gingiva.

	Número	Porcentaje
Inflamado	21	45
Ulcerado	1	2
Otras	25	53
Total	47	100

Gráfica 20. Distribución porcentual del estado de la gingiva

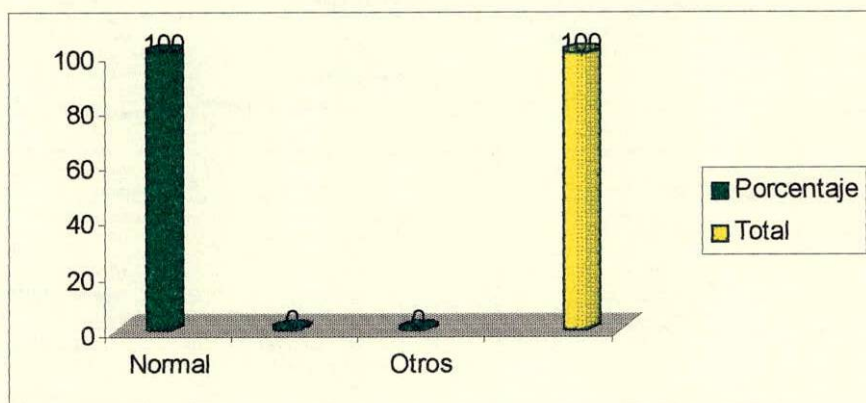


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano 0 (0%) de los pacientes no presentaron Macrogllosia u otro tipo de alteración.

Tabla 21. Distribución porcentual de alteraciones en lengua.

	Número	Porcentaje
Normal	47	100
Macrogllosia	0	0
Otros	0	0
Total	47	100

Grafica 21 Distribución porcentual de alteraciones en lengua.

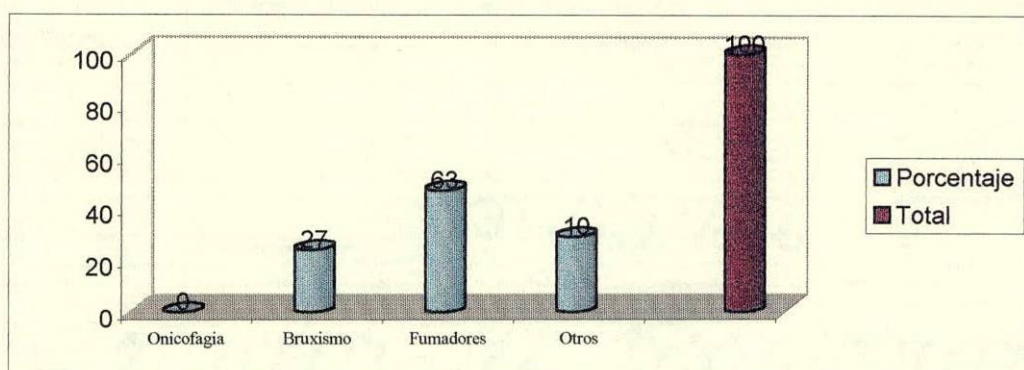


De los 47 pacientes que asistieron al control clínico en el Colegio Odontológico Colombiano, los resultados de los que reportaron hábitos fueron: 0 (0%) de los pacientes presentaron Onicofagia, 13 (27%) de los pacientes presentaron Bruxismo, 30 (63%) de los pacientes reportaron ser fumadores, y 4 (10%) de los pacientes reportaron otros tipos de hábitos.

Tabla 22. Distribución porcentual según hábitos de paciente.

	Número	Porcentaje
Onicofagia	0	0
Bruxismo	13	27
Fumadores	30	63
Otros	4	10
Total	47	100

Gráfica 22. . Distribución porcentual según hábitos de paciente.



4. CONCLUSIONES

- 4.1 De los 47 pacientes que colaboraron con este estudio fueron en su mayoría del género femenino, con un rango de edad de los 55 – 59, pertenece a estrato 2, con un nivel educativo de bachillerato incompleto.
- 4.2 La principal alteración sistémica que se presentó en dichos pacientes fué la hipertensión arterial y en su mayoría tenían un reborde residual adecuado, con buena inserción de frenillos, piso de boca normal, tratamientos más frecuentes fueron las prótesis removibles, con un periodo de uso de 3 años.
- 4.3 De todos los pacientes que se evaluaron la mayoría de ellos presentaron sus prótesis en buen estado, las incomodidades que más se presentó fue el sabor desagradable a causa de la prótesis, la mayoría realiza, la higiene de sus prótesis con cepillo y agua.
- 4.4 La técnica de impresión de estos pacientes fué en su mayoría buena, la dieta que más ingieren es la dieta blanda, y la mayoría asistieron a controles posteriores a la entrega de las prótesis.
- 4.5 El paladar duro y blando de los pacientes estudiados fue en su mayoría normal, presentaron gíngiva inflamada, lengua normal y la mayoría reportaron ser fumadores.

BIBLIOGRAFÍA

MALLAT D. E., KEOGH P THOMAS. Prótesis parcial removible ;Mosby Doyma Libros, S.A. (1995) 3 42.

A.S.T. FRANKS. Odontología Geriátrica; Editorial Labor, S.A. (1976) 128 147

BARRAGAN JESUS. Manual de prótesis total. :Facultad de la Universidad Nacional De Colombia (1992)

DENSIE, Manual de Higiene oral. 21 26 (1975)

LEFEBVRE CA, SCHUSTER GS. Biocompatibilidad de sistemas de resina ligeramente curable en postodoncia. J Prosthet Dent (1994) 71:178-85.

NEVILLE B, ET AL. Oral and maxillofacial pathology. Ed. Saunders; 43. p. 541-2.

WEAVER RE, GOEBEL WM. Reacciones a las prótesis dentales acrílicas. J Prosthet Dent (1980)43:138-42.

ANEXOS

INSTRUMENTO 3. CONTROL CLINICO

1.Nombre _____

2.Edad _____

3. Alteraciones sistémicas:

- 3.1 Diabetes.
- 3.2 Hemofilia.
- 3.3 Hipertensión.
- 3.4 Enfermedades cardiovasculares
- 3.5 Artritis
- 3.6 Anemia
- 3.7 Osteoporosis.

SI NO

4. Estrato social:

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

5. Nivel educativo:

Primaria incompleta ___ Primaria completa. ___ Bachillerato incompleto ___
 Bachillerato completo ___ Técnicos / tecnólogo ___ Universitario ___
 Especialización ___
 Otros _____

6. Causas de Éxito y/o fracaso

6.1 Éxitos

- 6.1.1 Buena técnica de impresión
- 6.1.2 Diseño ideal de la prótesis..
- 6.1.3 Indicaciones del operador al paciente de higiene oral.
- 6.1.4 Dieta blanda.
- 6.1.5 Controles posteriores a la entrega de la prótesis
- 6.1.6 Reborde residual adecuado.

6.2 Fracazos:

- 6.2.1 Mala técnica de impresión .
- 6.2.2 Diseño de la prótesis inadecuada.
- 6.2.3 No indicaciones del operador de higiene oral.
- 6.2.4 Dieta dura.
- 6.2.5 Inasistencia del paciente a controles posteriores
de la entrega de la prótesis.
- 6.2.6 Reborde residual inadecuado.

INSTRUMENTO 2.
ENCUESTA TELEFÓNICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____

1. Tiene actualmente la prótesis?

Si _____

No _____

Porqué? _____

2. Le gustaría asistir a un control al Colegio Odontológico Colombiano para observar el estado de su prótesis?

Si _____

No _____

3. Desea colaborar con un estudio que se realizará en el Colegio Odontológico Colombiano con relación a su prótesis?

Si _____

No _____

4. Motivos por los cuales no se pudo llevar a cabo la encuesta telefónica

Fallecidos

Cambio de residencia

Teléfonos dañados.

No se encuentra Historia Clínica

No contestaron.

La historia clínica no tiene teléfono

7. Tipo de prótesis :

7.1 Removable Clase: I II III IV V VI

7.2 Total

8. Tiempo de uso de la prótesis:

8.1 – 1 año.

8.2 Un año.

8.3 Dos años.

8.4 Tres años.

SI NO

9. Estado de la prótesis:

9.1 En buen estado.

9.2 Fracturada

9.3 Reparada

9.4 Ausencia de dientes

9.5 Cambio de color de los dientes artificiales.

9.6 Mal diseño

9.7 Otros _____

10. Estado de la prótesis en cavidad oral: :

10.1 Se le cae al comer o al hablar

10.2 Se le cae al sonreír

10.3 Le incomoda al comer

10.4 Siente sabor desagradable por el uso de la prótesis

10.5 Otros _____

11. Higiene de la prótesis:

11.1 Realiza higiene a la prótesis.

11.2 Con cepillo y agua.

11.3 Con cepillo, crema dental y agua.

11.4 Otros _____

12. Reborde alveolar

12.1 Continuo

12.2 Irregular

12.3 Hiperplasias

Otros _____

13. Frenillos:

13.1 Buena inserción.

13.2 Mala inserción.

13.3 Ausente

13.4 Otros _____

14. Estado del piso de boca:

14.1 Normal

14.2 Presentan neoplasias

Otros _____

15. Paladar duro y blando

15.1 Normales

15.2 Estomatitis

15.3 Ulcerado

Otras _____

16. Estado de la gingiva:

16.1 Inflamada.

16.2 Ulcerada

16.3 Otros _____

17. Lengua:

17.1 Norma

17.2 Macroglosia

Otros _____

18. El paciente tiene algún habito?

18.1 Onicofagia.

8.2 Bruxismo.

18.3 Fumadores

Otros _____

19. Observaciones:
