

**CANDIDIASIS ORAL
CASO CLÍNICO**

**EMNY SOLANYI HERNÁNDEZ SÁNCHEZ
HERMA MAY CORPUS
SONIA JANNETH ARCHILA MUÑOZ
DEISY PAOLA MOYA SANCHEZ
ELIANA YESENIA LÓPEZ SALGUERO**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FEBRERO 18 DE 2004
BOGOTÁ D.C**

**CANDIDIASIS ORAL
CASO CLÍNICO**

**EMNY SOLANYI HERNÁNDEZ SÁNCHEZ Cod: 991062
HERMA MAY CORPUS Cod: 991044
SONIAJANNETH ARCHILA MUÑOZ Cod: 991008
DEISY PAOLA MOYA SANCHEZ Cod: 991028
ELIANA LÓPEZ SALGUERO Cod: 991070**

**Caso Clínico sobre candidiasis oral en pacientes próximos a recibir
tratamiento de rehabilitación; presentado a la Doctora:
Nery Villota**

Odontología Integrada IV

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FEBRERO 18 DE 2004
BOGOTÁ D.C**

INTRODUCCION

En nuestra practica odontológica podemos darnos cuenta que muchos pacientes presentan diversas alteraciones patológicas debido al uso prolongado y mala higiene de sus prótesis, por esta razón nos hemos enfocado en este caso clínico a una de las infecciones micóticas más comunes de cavidad oral como es la *Candida albicans*, plasmando en su contenido la historia, etiología, patogenesis, características clínicas, histopatología, tratamiento y pronostico.

Posterior al tratamiento de la candidiasis, realizaremos un procedimiento quirúrgico consistente en exodoncias múltiples, remodelado óseo y finalmente rehabilitación prostodontica con prótesis total superior e inferior.

Queremos a través de esta introducción inquietar a los lectores para que se vean involucrados en nuestro soporte bibliográfico que consideramos era muy útil e importante durante su consulta.

OBJETIVOS

- Eliminar la infección para poder rehabilitar a la paciente con nuevas prótesis..
- Motivar e inducir a la paciente a tener una buena higiene oral para evitar enfermedades que ocasionen daños a tejidos blandos.
- Crear el habito de mantener y aseado de sus prótesis para que no haya recurrencia de la candidiasis.
- Concientizar a la paciente de la importancia de una correcta rehabilitación protésica para devolver funciones de masticación, fonación y estética.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

OBJETIVOS

I. HISTORIA CLINICA

1. Informacion General
2. Examen Físico
3. Anamnesis
4. Historia Odontológica Previa
5. 1. Historia Estomatologica
- 5.2. Examen Físico Oral
- 5.3. Examen Físico Craneomandibular
- 5.4. Examen Periodontal
- 5.5. Examen Dentario
6. Exámenes Complementarios
- 6.1. Examen Radiografico
- 6.2. Examen de Laboratorio
7. Diagnósticos
- 7.1. Generales
- 7.2. Craneomandibulares
- 7.3. Orales, tejidos blandos y óseos
- 7.4. Periodontales
- 7.5. Dentales
8. Plan de Tratamiento
- 8.1. Periodoncia
- 8.2. Cirugía
- 8.3. Farmacología
- 8.4. Prostodoncia
- 8.5. Mantenimiento

II. CANDIDIASIS ORAL

1. Historia
2. Etiología y Patogenia
3. Características Clínicas
4. Histopatología
5. Diagnostico Diferencial
6. Tratamiento y Pronostico

III. PROSTODONCIA TOTAL

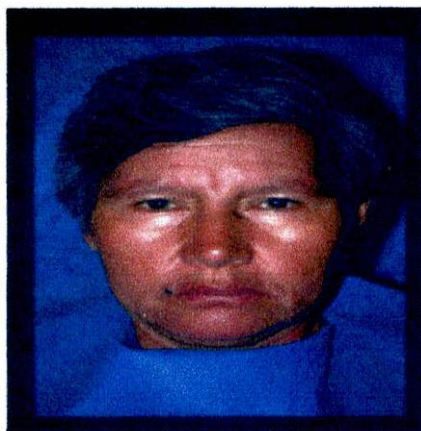
1. Objetivos
2. División
3. Clasificación
4. Clasificación Psicológica del Paciente
5. Aspectos importantes de paciente Desdentado
6. Componentes de Prótesis Total
7. Requisitos de una Prótesis Total

8. Reborde Ideal
9. Instrucciones al Paciente en la Toma de Impresión
10. Selección de la Cubeta
11. Requisitos Intermaxilares
12. Elaboración de Rodetes de Mordida
13. Planos y Líneas Guía
14. Parámetros para Elegir Dientes Artificiales
15. Selección de forma, tamaño y color.

I. HISTORIA CLÍNICA

1. INFORMACIÓN GENERAL

Paciente: Julia Castiblanco
Cédula de Ciudadanía: 20'624 953 de Guachitá
Dirección Residencia: Cra. 110 No. 42^a-53 Bogotá
Teléfono: 5 72 89 02
Dirección Laboral: Clle. 1C No. 27-41 Bogotá
Teléfono: 4 07 30 95
Edad: 51 años
Estado civil: Casada
Ocupación: Venta de flores



MOTIVO DE CONSULTA

Quiero que me realicen las dos prótesis, porque estas ya están muy viejitas y me quedan flojas.

2. EXAMEN FÍSICO

Aspecto General: Paciente de semblante agradable, buen color y contextura normal.

Peso: 68 kilos

RH: O+

Estatura: 1.55 cm

Temperatura: 37.5oC

Presión Arterial: 125-80 mm de Hg

Frecuencia Cardiaca: 99 pulsaciones por minuto

La Paciente no presenta cuadros de alerta medica ni alergia a medicamentos.

3. ANAMNESIS

Historia Médica Familiar: Madre presento cáncer de estomago
Hermano presento cáncer hepático

Historia Médica Personal: Paciente presenta cuadros sintomatologicos de Artritis pero aun no ha sido diagnosticada.

4. HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVIA

La paciente reporta que le han practicado anestesia local y que presento lipotimias a los 15 años en una atención odontológica producida por la anestesia.

No ha recibido anestesia general ni ha presentado cuadros de hemorragia post tratamientos quirúrgicos.

La paciente se cepilla con una frecuencia de una vez al día, utilizando cepillo de dientes y dentífrico, en determinadas ocasiones seda dental y según el reporte clínico podemos determinar que el paciente tiene una higiene oral deficiente.

5.1. HISTORIA ESTOMATOLÓGICA

La Paciente reporta dolor en músculos masticadores, desarmonías oclusales, sangrado gingival y halitosis.

5.2. EXAMEN FÍSICO ORAL (Evaluación de Tejidos Blandos y Óseos)

Al examen clínico encontramos en el maxilar superior: rebordes y paladar inflamados, enrojecidos sin ninguna sintomatología. En el maxilar inferior: encía enrojecida, perdida del margen gingival y del contorno, papilas achatadas, presencia de cálculos, sangrado gingival al contacto, supuración y movilidad dentaría.

5.3. EXAMEN FÍSICO CRÁNEOMANDIBULAR SÍNTOMAS CARDINALES

La paciente reporta dolor en músculos maseteros y temporales al reposo.

Examen de Movimientos Mandibulares

Apertura: 50 mm

No presento ningún tipo de desviación mandibular en cierre o en apertura.

Examen Dentario/Armonia-Desarmonia Oclusal

Presencia de facetas de desgaste a nivel de los dientes #31, 32, 33, 41 y 42.
Ausencias dentarias del diente # 11-18, 21-28, 34-38 y 43-48.



5.4. EXAMEN PERIODONTAL

Diente # 41: Presenta bolsa distal de 6mm, mesial de 9mm, recesión de 6mm y movilidad grado 2.

Diente # 42: Raíz socavada con pérdida ósea avanzada.

Diente # 31: Recesión lingual de 5mm, bolsa periodontal de 4mm y movilidad grado 2.

Diente # 33: Recesión lingual de 6mm y restauración desadaptada.

5.5. EXAMEN DENTARIO

Dientes ausentes: 11-18, 21-28, 34-38 y 43-48.

Diente # 31: sano con recesión lingual de 5mm.

Diente # 32: resina DLI desadaptada.

Diente # 33: resina MVDL desadaptada.

Diente # 41: sano con recesión lingual de 6mm.

Diente # 42: resto radicular o raíz socavada con caries activa.

6. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

6.1. EXAMEN RADIOGRÁFICO

Radiográficamente se observa pérdida generalizada de soporte óseo.

6.2. EXÁMENES DE LABORATORIO

Tiempo de Protrombina o T.P: 13.5 segundos

Tiempo de Tromboplastina o T.P.T: 31.4 segundos

Cuadro Hemático: La paciente presentó todos los valores normales.

7. DIAGNÓSTICO

7.1. Generales

- Paciente sano.

7.2. Cráneomandibulares

- **Desorden Neuromuscular, tipo Hipertonicidad:**
Este desorden es usualmente la primera respuesta muscular cuando la hiperactividad se ha prolongado. Se define como el aumento del tono muscular como respuesta protectora a una injuria y es inducida por el sistema nervioso central. Existen unos grupos localizados de unidades motoras que no logran su estado de relajación.
Etiología: Trauma local de tejido o uso desacostumbrado del músculo, actividad parafuncional incrementada, amenaza de daño, fatiga muscular, aumento de stress emocional.
Características clínicas: Dolor muscular, Se presenta solamente a la función o contracción de la fibra muscular.
Alteración en el movimiento mandibular, Hay una disminución en la velocidad y en el rango del movimiento mandibular acompañado de una sensación de debilidad muscular.

En caso de que la Hipertonicidad no sea tratada se puede desencadenar a un espasmo muscular. El dolor y ruido articular no están presentes a no ser que la Hipertonicidad sea secundaria al problema o ruido articular.

- Alteración de Crecimiento y Desarrollo Adquirido, por ausencia dentarias.

7.3. Orales Tejidos Blandos y Óseos

- Reabsorción Ósea, producida por ausencia dentaría y por periodontitis.
- Candidiasis Oral Atrófica, producida por el hongo de la varicela zoster, por prótesis desadaptadas y mala higiene oral.



7.4. Periodontales

Periodontitis agresiva generalizada

7.5. Dentales

- Caries Recurrente en los dientes # 32 (DLI) y # 33 (MVDL), producida por obturaciones desadaptadas.
- Caries Activa en la raíz del # 42, producida por múltiples factores; agente, huésped, tiempo y medio ambiente.

Se realizó la correspondiente valoración por patología que nos ayudo a verificar el diagnostico de "Candidiasis Oral Atrófica".

La interconsulta con el periodoncista, que realizo la correspondiente valoración del paciente determino lo siguiente:

Diente No 41: Presenta bolsa distal de 6mm, mesial de 9mm, recesión de 6mm y movilidad grado 2; tratamiento indicado: Exodoncia.

Diente No 42: Raíz socavada con perdida ósea avanzada; tratamiento indicado: Exodoncia.

Diente No 31: Recesión lingual de 5mm, bolsa periodontal de 4 mm y movilidad grado 2.

Diente No 33: Recesión lingual de 6mm y restauración desadaptada.

Radiograficamente se observa perdida generalizada de soporte óseo.

Se sugiere realizar las exodoncias de todos los dientes, remodelado óseo, dar espera al periodo de cicatrización y rehabilitar con prótesis total superior e inferior.

8. PLAN DE TRATAMIENTO

8.1. PERIODONCIA

Terapia básica, motivación al paciente, instrucciones de higiene oral, eliminación de focos infecciosos, eliminación de factores retentivos de placa bacteriana, raspaje coronal, alisado radicular y profilaxis.

8.2. CIRUGÍA

Exodoncias de todos los dientes y remodelado óseo.

Exodoncias Múltiples

Existen en nuestra practica, pacientes con poli-restos radiculares y piezas con indicación de exodoncias. La conservación del hueso debe ser la guía principal, en esto coinciden todos los autores, si bien unos resecan mas hueso que otros.

Se realiza un mínimo de elevación de encía adherida, de manera que el hueso adyacente sea expuesto lo menos posible, la amplia retracción de los tejidos aumenta la reabsorción ósea y oblitera los surcos.

Hay que tener en cuenta que en algún momento el paciente puede tomar la decisión de realizarse prótesis dentales, por esta razón en las exodoncias simples se tienen que practicar alveoloplastias, con presión digital a nivel de las corticales. En aquellos dientes que por no tener ningún elemento adyacente debe reducirse el collar de hueso en el momento de la extracción, para ir conformando un reborde en forma de U.

La cirugía debe ser planeada con anticipación; se debe contar con el tiempo adecuado, tener la historia clínica completamente diligenciada con todos los datos correspondientes al paciente y su respectiva medicación preoperatoria si la requiere, el armado de la mesa quirúrgica, la preparación del equipo quirúrgico y la preparación del paciente. Importante realizar asepsia del espacio donde se va a practicar el acto quirúrgico y antisepsia intra y extraoral, campo estéril y demás.

◆ Pasos o Técnica Quirúrgica:

Anestesia: Se recomienda anestesia local o regional dependiendo de la zona a intervenir, utilizando una dosis mínima que da como resultado una anestesia eficaz. Hay que tener en cuenta que la dosis tóxica es de 7 anestubos en el adulto (70-80kg).

Incisión: Se comienza con la sindesmotomía de los elementos, desde distal, hacia mesial, realizando el decolado de las papilas interdetales, que puede ir acompañado de verdaderas incisiones de descarga verticales de manera que pueda favorecer una adecuada exposición y visualización de la zona, además prevenir desgarros de la mucosa.

Levantamiento del Colgajo: Con una legra se despega el colgajo bucal hasta la zona proyectada para la osteotomía, en lingual o palatino se realiza un pequeño colgajo.

Exodoncia: Se practican las extracciones dentarias según la técnica que corresponda a cada diente.

Alveoloplastía : La eliminación extensa produce mejores resultados a corto plazo, pero después se observa una reabsorción mucho mas rápida, razón por la cual se maneja con una técnica mas conservadora.

Consiste en la reducción de las porciones agudizadas o elongadas de las apófisis alveolares y la eliminación de las áreas socavadas o prominencias, esto se realizará con pinza gubia; seguidamente se lima la zona ósea.

Con el dedo se investigan crestas y bordes, se puede bajar el colgajo y comprobar la regularidad de los rebordes, de ser necesario se realizarán las correcciones correspondientes.

Tratamiento de la cavidad: Realizamos el curetaje del fondo de los alvéolos, retiramos restos de quistes y granulomas, lavado profuso de la zona con

solución fisiológica, reposicionamiento del colgajo en función de lo cual realizara el corte con tijeras para encía de puntas o papilas del colgajo que puedan interferir en la cicatrización, nuevamente se realizara un lavado.

Sutura: En caso de haber realizado incisiones relajantes, los primeros puntos tendrán por finalidad reposicionar el colgajo, utilizando puntos simples.

Luego, realizamos sutura continua, preferentemente la festoneada, la cual ofrece como ventajas la reducción de cantidad de nudos, el paciente siente menos molestia, facilita la higiene bucal y su posterior remoción es mas simple.

Cuidados post-operatorios: Se debe impartir las mismas indicaciones que para una Exodoncia simple, incluyendo hielo o frío en la zona, analgesia preferentemente AINE, y de ser necesario antibioticoterapia. Se retira la sutura a los siete días, previo un enjuague con antiséptico oral (clorexidina al 2% durante un minuto).

Remodelado óseo

Procedimiento quirúrgico consistente en la resección de irregularidades del hueso alveolar que causen irritación e inflamación e impidan el soporte correcto de la prótesis.

8.3. FARMACOLOGÍA

Protocolo de manejo contra la Candidiasis desinfectando prótesis antiguas, sumergidas durante 24 horas en cualquier tipo de enjuague bucal; abocardar, dispensar acondicionador de tejido sobre la parte noble de la prótesis llevándola a la boca y esperar tiempo de gelificación, retirar excesos, aplicar Dakaryn Gel sobre el acondicionador de tejidos e indicarle al paciente que realice la aplicación del Dakaryn todos los días antes de acostarse y dormir con la prótesis durante un mes

8.4. PROSTODONCIA

A la paciente se le realizaran prótesis inmediatas provisionales superior e inferior seguidas de la cirugía, en material acrílico que va a reponer la totalidad de los dientes, que podrá ser retirada de la boca del paciente. Es inmediata por que se colocan en la misma sesión de la cirugía. Es provisional ya que será preciso realizar una prótesis definitiva una vez la encía se encuentre completamente sana.

8.5. MANTENIMIENTO

A la paciente se le retiraran suturas a los siete días, control post quirúrgico y terapia de soporte.

II. CANDIDIASIS ORAL

La Candidiasis es una enfermedad clasificada dentro de las lesiones no epiteliales blanco amarillentas, que incluye un grupo de enfermedades mucocutáneas vinculadas con un agente etiológico común de género *Cándida* de hongos. Es la infección micótica que se produce con mayor frecuencia en la boca aunque es difícil determinar la tasa de frecuencia, dada la prevalencia del organismo causal en una gran proporción de la población. Las manifestaciones orales en algunos casos se presentan agudas o en otros crónicas, con diferentes grados de complejidad. Se han escrito un sin número de clasificaciones debido a los múltiples formas de manifestación clínica y a la interrelación con factores locales y sistémicos en muchos de los casos.

1. HISTORIA DE LA CANDIDIASIS

En el 1839 Langenbeck descubrió el microorganismo del muguet (*C. Albicans*), observándolos en forma de placas en las membranas mucosas de la boca y otros órganos en cadáveres al momento de las autopsias. Gruby en 1842 confirmó esta observación denominándola *Oidium Albicans*, aislándolo en rodajas de papa que eran frotadas en la cabeza de un niño produciendo enfermedad y en 1923 Burkkhout la denominó *Cándida*; terminología que hasta hoy ha sido utilizada.

2. ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

La Candidiasis es causada por la *Cándida Albicans* y las especies relacionadas como la *C. Parapsilosis*, *C. Tropicalis*, *C. Glabrata*, *C. Krusei*, *C. Pseudotropicalis* y *C. Guilliermondi* pero en muy pocos casos; la *Cándida Albicans* es un microorganismo comensal que se encuentra en la cavidad oral de la mayoría de las personas saludables. La transformación o paso de comensal a patógeno se relaciona con factores locales y sistémicos muy difíciles de crear en condiciones experimentales. El microorganismo es una levadura unicelular de la familia criptococacea y puede existir en tres formas biológicas y morfológicas distintas: la forma vegetativa o levadura de células ovoides (blastosporos) que miden 1.5 a 5 μ m de diámetro, la forma celular alargada (seudohifas) y la forma clamidospora, que consta de cuerpos celulares que miden de 7 a 17 μ m de diámetro encerrados en una pared gruesa y refringente. Este microorganismo persiste en la boca (y vagina) en su estado vegetativo, lo cual se debe en parte a su relación simbiótica con *Lactobacillus acidophilus*. La patogenicidad de *C. Albicans* es débil según lo manifiesta su frecuencia en la población general, que refleja la necesidad de factores predisponentes focales o sistémicos para causar enfermedad.

La infección con este organismo suele ser superficial y afecta el borde externo de la mucosa bucal o piel enfermas. En pacientes gravemente debilitados e inmunocomprometidos, por ejemplo los sujetos con SIDA, la infección se puede extender al tubo digestivo (esofagitis candidiasica), conducto broncopulmonar u

otros órganos de los sistemas. La naturaleza oportunista de este microorganismo se reconoce en las frecuentes formas leves de la infección secundaria al empleo a corto plazo de antibióticos sistémicos para infecciones bacterianas menores.

3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las manifestaciones orales de esta enfermedad son variables y se ha identificado un gran número de formas. La más común es la **Candidiasis pseudomembranosa aguda**, también conocida como algodoncillo, que afecta con mayor frecuencia a lactantes de corta edad y a ancianos. Esta frecuencia estimada del trastorno es variable: el 5% en recién nacidos, el 5% en individuos con cáncer y el 10% en ancianos debilitados recluidos en instituciones. Esta infección es común en pacientes tratados con radiación o quimioterapia por leucemia y tumores sólidos y afecta hasta la mitad de los del primer grupo y 70% del último. La candidiasis también se encuentra en pacientes con SIDA y aquellos con infecciones por HIV.

Las lesiones orales de la candidiasis aguda son placas típicas blancas, de consistencia blanda o gelatinosa o nódulos que crecen en dirección centrífuga y se mezclan.

Las placas se componen de microorganismos fúngicos, desperdicios queratósicos, células inflamatorias, células epiteliales descamadas, bacterias y fibrina. El desprendimiento de las placas o pseudomembranas con un apósito de gasa o aplicador recubierto en la punta con algodón deja una superficie eritematosa, erosionada o ulcerada, muchas veces dolorosas. Aunque las lesiones de la candidiasis oral se puede desarrollar en cualquier sitio, las áreas más frecuentes son la mucosa oral, los pliegues mucobucuales, la bucofaringe y los bordes laterales del dorso de la lengua. La candidiasis pseudomembranosa en algunos casos va acompañada de dolor, ardor y disfagia.

Con el tiempo, la persistencia de la candidiasis pseudomembranosa aguda puede provocar desprendimiento de la pseudomembrana, con aparición de una lesión roja más generalizada, conocida como **candidiasis atrófica aguda**. A lo largo del dorso de la lengua se pueden observar placa en las cuales se han perdido las papilas y queratina. Antiguamente esta forma particular de candidiasis se conoció como estomatitis por antibióticos o glositis por antibióticos debido a su frecuente relación con la antibioticoterapia de infecciones agudas. Resulta interesante que los antibióticos de amplio espectro o la administración de concurrente de múltiples antibióticos de espectro menor puedan causar esta infección secundaria con mucha mayor intensidad que un solo antibiótico de espectro menor. La interrupción del antibiótico agresor y la institución de higiene oral apropiada mejoran la situación, contrario a la forma pseudomembranosa aguda, en la que los síntomas orales de la forma atrófica aguda son muy notables en virtud del gran número de erosiones y la inflamación intensa.

La **candidiasis atrófica crónica** es un subconjunto de lesiones atróficas frecuentes. Esta forma particular de candidiasis se presenta hasta en el 65% de los pacientes geriátricos que usan prótesis total (ulcera oral por dentadura). La expresión de esta forma de candidiasis depende del condicionamiento de la

mucosa oral para ser recubierta por una prótesis. Existe una predilección especial por la mucosa del paladar en comparación con el arco alveolar mandibular. Las mujeres muestran mayor tendencia a desarrollar esta forma de enfermedad comparado con los hombres. El traumatismo crónico de bajo grado secundario a prótesis desadaptadas, con relaciones oclusales deficientes, y a prótesis que no son removidas durante la noche, contribuyen al desarrollo de esta patología.

En pacientes con candidiasis atrófica crónica relacionada con prótesis también se observa queilitis angular. Esta afección prevalece sobre todo en sujetos con pliegues profundos en la comisura bucal como consecuencia de cierre excesivo. En tales circunstancias, se reúnen en los pliegues cutáneos pequeñas acumulaciones de saliva a nivel de los ángulos comisurales y después son colonizadas por levaduras y con frecuencia *staphylococcus aureus*. Desde el punto de vista clínico, las lesiones presentan dolor moderado, fisuras, erosión y costras. La queilitis angular también puede presentarse en personas que por hábito se chupan los labios y depositan pequeñas cantidades de saliva en los ángulos comisurales.

En personas con marcado hábito de chuparse los labios se puede observar un tipo de candidiasis atrófica alrededor de la boca con extensión del proceso a la piel circundante, la piel se encuentra fisurada y muestra cierto grado de pigmentación color marrón sobre una base ligeramente eritematosa. Esta enfermedad debe diferenciarse de la dermatitis peribucal, que en condiciones típicas evidencia menos costras y zona dérmica no afectada justo adyacente a la unión piel-borde rojo labial.

Las infecciones crónicas por *Candida* también pueden inducir una reacción hiperplásica en el tejido (candidiasis hipertrófica crónica). Cuando aparece en la región retrocomisural, la lesión semeja una leucoplaquia moteada y, en algunas clasificaciones, se conoce como leucoplaquia por *Candida*. Se presenta en adultos sin predisposición aparente a la infección por *C. Albicans*; algunos clínicos piensan que se trata de una lesión premaligna.

La Candidiasis hiperplásica puede afectar el dorso de la lengua en un patrón conocido como glositis romboide mediana. En general, es asintomática y casi siempre se descubre en un examen oral rutinario. La lesión surge por delante de las papilas circunvaladas y es similar a una figura romboide. Algunas veces presenta una superficie homogénea, nodular o fisurada, puede estar ligeramente indurada y el color varía de blanco a un rojo característico. En el pasado, este estado particular se consideró una anomalía de desarrollo, presuntamente secundaria a la persistencia del tubérculo impar en el desarrollo de la lengua. Sin embargo, la evidencia indica que es más probable una forma hipertrófica de candidiasis.

Las lesiones papilares nodulares de la mucosa del paladar duro se detectan de manera predominante por debajo de dentaduras maxilares completas y se piensan que representan, al menos en parte, una reacción a la infección crónica por levaduras. La hiperplasia papilar consta de nódulos individuales ovoides o esféricos que forman excrecencias de 2 a 3 mm de diámetro sobre un fondo eritematoso.

La Candidiasis mucocutánea es un grupo de enfermedades más bien diversas. La forma localizada de la candidiasis persistente y prolongada de la mucosa oral, uñas, piel y mucosa vaginal. Esta forma de candidiasis es por lo regular refractaria al tratamiento, con remisiones solo transitorias después de la

terapéutica antimicótica estándar, y se inicia desde los primeros años de vida, usualmente antes de los primeros decenios; la enfermedad comienza como un tipo pseudomembranoso de candidiasis y pronto va seguida por afección de uñas y piel. Las alteraciones ungulares varían desde daño leve hasta desfiguramiento grave de una sola a todas las uñas. Los cambios granulomatosos secundarios se presentan en el lecho ungular y también en las lesiones cutáneas acompañantes.

En casi 50% de los pacientes con una forma familiar de candidiasis mucocutánea se encuentra una endocrinopatía relacionada, tal vez transmitida con un patrón autosómico recesivo. Esta endocrinopatía suele consistir en hipoparatiroidismo, enfermedad de Addison y en ocasiones hipotiroidismo a diabetes mellitus. Otras formas de candidiasis mucocutánea familiar se acompañan de defectos de metabolismo del hierro y la inmunidad mediada por células. La tríada de candidiasis mucocutánea crónica, miositis y timoma fue registrada por primera vez en 1968. La manifestación inicial casi siempre es la miositis, seguida por manifestaciones mucocutáneas de la enfermedad. En esta anomalía, las muestras de biopsia de músculo demuestran infiltración linfocítica intensa nítidamente demarcada entre los haces de músculo estriado; el papel del timo se relaciona con una deficiencia de la función inmunitaria mediada por células T, que permite la proliferación de levaduras. Una teoría postula que los linfocitos T armados de manera apropiada pueden controlar las infecciones por *Cándida* elaborando y liberando una sustancia similar a la linfocina que probablemente es tóxica para el microorganismo.

Una última forma de candidiasis, aguda o crónica, es cada vez más frecuente en la población de pacientes inmunosuprimidos, en particular infectados por HIV; esta forma de candidiasis se describió originalmente en 1981 y en la actualidad esta bien identificada como una de las infecciones oportunistas más importantes que afligen a este grupo de pacientes. Se cree que la causa es el agotamiento significativo de los mecanismos inmunitarios mediados por células, lo que permite el desarrollo de candidiasis grave en estos individuos.

4. HISTOPATOLOGÍA

En infecciones superficiales, los hongos se limitan a las capas superficiales del epitelio; en casos más graves, las hifas se extienden a mayor profundidad en el epitelio. Es típico observar infiltración del epitelio con neutrófilos y formación de microabscesos superficiales. Los elementos de las levaduras se pueden ampliar morfológicamente mediante tinción con metenamina argéntica o ácido periódico de Schiff (PAS) reactivo. Las formas predominantes de hongos que crecen en esta forma particular de la afección son pseudohifas; estas penetran en el epitelio y en realidad pueden enterar a los queratinositos para convertirse en parásitos intracelulares. En la variedad crónica de la candidiasis se observa comúnmente hiperplasia epitelial, que es una característica más bien de esta forma de la enfermedad y se ha demostrado que es inducida por la presencia de las levaduras. Aunque la candidiasis crónica puede dar lugar a veces a leucoplaquia bucal, no hay una clara evidencia de que la candidiasis crónica sea por sí misma un estado precanceroso. Sin embargo, es posible que la invasión del epitelio por este microorganismo y la proliferación subsecuente puedan contribuir a la transformación neoplásica.

5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las infecciones por *Cándida* deben diferenciarse de varias entidades, entre ellas el esfácelo que acompaña a las quemaduras químicas, úlceras traumáticas, placas mucosas de la sífilis y lesiones queratósicas blancas.

Cuando se presentan lesiones rojas aisladas de la forma atrófica aguda de la candidiasis, deben diferenciarse de las reacciones a fármacos y quemaduras térmicas. Además, estas lesiones rojas pueden pasar por liquen plano erosivo, lupus eritematoso discoide y casos tempranos o leves de eritema multiforme.

6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

La mayor parte de las infecciones por *C. Albicans* se puede tratar con aplicación tópica de nistatina en suspensión. En la enfermedad relacionada con prótesis se puede usar la nistatina en crema sobre el tejido afectado y se puede colocar sobre la misma prótesis para suministrar contacto prolongado y eliminar los microorganismos de la prótesis. Suprimir la administración de antibióticos de amplio espectro produce en general resolución de las infecciones orales por levaduras. Si se utilizan agentes oxigenantes de manera continua, como peróxido de hidrógeno, la eliminación de estas sustancias particulares debe permitir el restablecimiento de la flora bacteriana normal de la boca y aliviar los síntomas. El clotrimazol se puede administrar de manera conveniente en pastillas losangiformes o trociscos. Las aplicaciones tópicas de nistatina o de clotrimazol deben continuarse al menos durante una semana después de la desaparición de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Es importante destacar que los antifúngicos diseñados específicamente para empleo oral contiene cantidades considerables de azúcar, lo cual es indeseable en el tratamiento de la candidiasis en pacientes edéntulos con xerostomía. Las tabletas antimicóticas vaginales desprovistas de azúcar (disueltas en la boca) son un excelente tratamiento alternativo para evitar la complicación de la caries dental.

En casos de candidiasis mucocutánea crónica o de candidiasis oral relacionada con inmunosupresión, los agentes tópicos pueden ser ineficaces. Entonces es necesario administrar medicamentos sistémicos como anfotericina B, Ketoconazol, fluconazol o itraconazol. Sin embargo, hay que tener precaución porque estos fármacos pueden ser hepatotóxicos.

El pronóstico de la forma aguda y la mayor parte de las otras formas de candidiasis crónica es excelente. En la mayoría de los casos, los tipos de candidiasis mucocutánea tienen un defecto subyacente, actúa contra la curación, aunque puede observarse mejoría intermitente después de suministrar agentes antifúngicos sistémicos.

III. PROSTODONCIA TOTAL

Es el medio terapéutico que por medio de un aparato artificial va a reemplazar los dientes de uno o ambos maxilares y así reemplazar la función masticatoria, la fonación y estética suplantando la forma de los tejidos causada por la pérdida de dientes.

1. OBJETIVOS

- Devolver la función masticatoria por lo menos en un 40%.
- Restablecer la estética.
- Mejorar y facilitar la fonética.
- Devolver la normalidad del estado anímico y psíquico del paciente.
- Lograr el confort o tolerancia del paciente a los aparatos protésicos.

2. DIVISIÓN DE PRÓTESIS DENTAL

Prótesis Total

½ caso: un solo maxilar

Caso completo :

- Prótesis inmediata: prótesis que se realiza inmediatamente después de exodoncia.
- Acondicionador de tejido: acrílico con liberación de monomero lenta, no tiene etapa rígida.
- Sobredenturas: va sobre algunos dientes dentosoportada o implantosoportada.

Es importante:

- Preservar la reabsorción ósea.
- Mantener las raíces para conservar el propioceptivismo (el paciente cree que tiene dientes naturales).

- Maxilofacial: hay pérdida de maxilares.

3. CLASIFICACIÓN

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

4. CLASIFICACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE:

- Filosófico: aceptan sin cuestionamientos lo propuesto por el odontólogo. Actitud ideal para el tratamiento.
- Indiferente: se preocupan muy poco por sus dientes y salud oral. Aprecian poco los esfuerzos del odontólogo.
- Crítico: encuentra fallas a todo lo que se realiza. El no identificarlos durante el diagnóstico causará muchos problemas en el desarrollo del tratamiento.
- Escéptico: ha tenido malos resultados con los tratamientos anteriores, dudan que alguien los pueda ayudar. Requieren ayuda amable y simpatía.

5. ASPECTOS IMPORTANTES EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL DESDENTADO TOTAL

*** Causas de pérdida de los dientes:**

Caries

Enfermedad periodontal

Otros (accidentes, patologías: hereditarias, adquiridas)

*** Examen Extraoral:**

Perfil

Fauces

Músculos periorales

Cuello

ATM

*** Examen Intraoral:**

- Membranas mucosas
- Arcos maxilares:
 - Tamaño del arco
 - Forma del arco (cuadrado, ovoide, triangular)
- Tamaño reborde residual:
 - Prominente
 - Normal
 - Atrofiado
- Forma de reborde residual
- Relación intermaxilar:
 - Normal: Clase I
 - Retrusiva: Clase II
 - Protrusiva: Clase III

*** Espacio Intermaxilar:**

- Arqueado
- Ojival
- En V
- Plano
- Fisurado

- Perforado

* Lengua, glándulas salivales.

* Examen Radiográfico podemos encontrar:

- Restos radiculares
- Dientes incluidos
- Quistes
- Focos de osteítis condensante
- Todos pueden ser fuente potencial de molestias, reacciones y dolor.

6. COMPONENTES DE UNA PRÓTESIS TOTAL:

- Base o placa
- Dientes
- Flancos:

7. REQUISITOS DE UNA PROTESIS TOTAL

- Retención
- Estabilidad
- Soporte

Retención: es la capacidad de la prótesis de no dejarse desplazar por las fuerzas de extrusión una vez colocados en boca.

Por medio de:

- Adhesión
- Cohesión
- Sellado periférico (presión atmosférica)

Estabilidad: capacidad de la prótesis de no dejarse desplazar por fuerzas transversales. Se logra por medio del esquema de oclusión bilateral balanceada: contactos simultáneos en balanza y trabajo.

Soporte: capacidad que tienen las superficies anatómicas de oponerse a las fuerzas de intrusión de la prótesis. Dado por resiliencia: capacidad que tiene un cuerpo de absorber energía sin deformarse.

8. REBORDE DESDENTADO IDEAL

- Soporte óseo adecuado para la prótesis
- Hueso cubierto por tejido blando adecuado.
- Ausencia de socavados o protuberancias.
- Ausencia de rebordes agudos.
- Surco vestibular y lingual adecuado.
- Ausencia de bandas de cicatriz.

- Ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen la periferia de la prótesis.
- Relación satisfactoria de los rebordes superior e inferior.
- Ausencia de pliegues de tejidos blandos.

IMPRESIÓN: Calco en negativo de las estructuras dentarias y de tejido blando del paciente.

9. INSTRUCCIONES AL PACIENTE AL TOMAR LA IMPRESION

- Conservar los carrillos, labios y lengua completamente relajados.
- Abrir la boca lo suficiente para introducir la cubeta.
- Respirar por la nariz y concentrarse en su respiración.
- Al tomar la impresión inferior, llevar la lengua hacia arriba y adelante.

10. SELECCIÓN DE LA CUBETA

- Elegir una cubeta estéril, que provea un espesor en los bordes de 4 a 5 mm para el material de impresión.
- Revisar el largo de la cubeta en la cobertura.
- Extensión en el maxilar inferior de 1 a 2 mm del margen posterior del espacio retromolar.
- Extensión en el maxilar superior.

ZONA DE ALIVIO: Sitios donde la base protésica no debe presionar o interferir con el fin de que sea tolerable y no produzca patologías por presión.

- Zona de alivio maxilar superior:
Reborde residual cuando es afilado
Exostosis
Espina nasal anterior y posterior
Agujeros palatinos anterior y posterior
Surcos hamulares
Papila incisiva
Frenillos e inserciones musculares.

- Zona de alivio maxilar inferior:
Reborde residual afilado
Exostosis
Agujero mentonero
Línea oblicua interior y exterior
Apófisis geni
Frenillos e inserciones musculares.

* **Sellado Periférico:** Procedimiento por el cual se da forma a los bordes de la cubeta para que se acomoden con exactitud a los contornos vestibulares y bucales. Se realiza con compuesto de moldear.

Procedimiento:

- Revisión visual de cubeta en boca
- Se coloca el compuesto en sección anterior, frenillo bucal y sello palatino.
- Se calienta en el mechero templado y moldeo en boca.

El fin de este es hacer succión (oponerse a ser removida la cubeta)

* Sello Palatino Posterior: Se forma a través de las escotaduras hamurales y a través del paladar sobre la línea vibratoria.

COMPUESTO PARA MODELAR

ADA # 3

Termoplástico: se plastifica con calor y rígido con frío sin cambiar su composición química.

No cristalino- amorfo

Rango de fusión: entre un valor a otro.

ADA # 16

Impresiones definitivas de prótesis total

Alto grado de exactitud y detalle

Endurecimiento: cristalización

Matriz de eugenolato de zinc y óxido de zinc.

11. REQUISITOS INTERMAXILARES EN PROSTODONCIA TOTAL

Ayudan a registrar la dimensión vertical

Propósito: Proporcionar la relación entre ambos maxilares.
Devolver la estética y la función.

Requisitos:

Rígida

Exacta

Estable

Extensión y grosor ideal

Fácil de contornear y pulir

Fácil desalajo.

Componentes:

Base para dentadura
Rodete de mordida
Cera para base
Resina Acrilica (auto o termo)
Placa de acetato
Sobre un modelo de yeso tipo IV

ELABORACIÓN PARA UNA BASE DE REGISTRO

Pasos: Preparación del modelo
Preparación del material ideal
Confección de la base para registro
Terminado y pulido

12. ELABORACIÓN DE RODETES DE MORDIDA

Cera para base
Conformador de rodetes
Técnica manual

Funciones:

1) Determinar el plano oclusal: determina la forma del arco; permite registrar la relación mandibular en sentido horizontal y vertical; estimar la distancia interoclusal; proporciona estética.

Esta relacionado con la función y esta dado por los rodetes de mordida.
El plano incisal debe ser paralelo a la línea interpupilar. Su altura debe permitir la longitud de los dientes artificiales más cantidad de reabsorción.

2) Permite determinar el ancho de la superficie oclusal y el contorno del arco, puede simular la forma del arco de los dientes.
Es dependiente del patrón de reabsorción ósea.
Estética: proporciona soporte adecuado a los labios y carrillos para rehabilitar la apariencia estética.

Función: Restablecer la altura morfológica, la dimensión y relación céntrica.

ALTURA DEL RODETE DE MORDIDA:

- A) Establecer la altura del rodete superior: permite restablecer el aspecto exterior de la cara por medio de la adición o sustracción de cera en la zona vestibular anterior cuando el labio se encuentra en reposo.
- B) Orientación del rodete inferior: la porción anterior del rodete debe coincidir con el borde interior del labio inferior en reposo y posterior debe quedar de 1 a 2 mm de los cuerpos piriformes por encima.

Maxilar Superior: 12 mm reborde
Premolar 9 mm
Molar 8 mm

Inferior: 12 mm anterior
Premolar 18 mm
Molar 6 mm

El borde inferior del rodete superior debe estar por lo menos de 1 a 2 mm del borde interior del labio superior cuando el paciente esta en reposo: pacientes menores de 40 años.

Pacientes segunda edad de 40 a 60 años: borde inferior del rodete superior a nivel.

Tercera edad: borde inferior cubierto por el labio.

13. PLANOS Y LINEAS GUIA

Plano de Camper
Plano protésico
Plano de orientación

Línea bipupilar
Línea ½ facial
Línea de la sonrisa
Línea de los caninos

La línea bipupilar y plano de Camper deben ser paralelas al plano oclusal.

Plano Protésico: determinado por la unión de las líneas que van desde la parte media de tragus al ala de la nariz. Proyección en piel de plano de Camper.

Línea Bipupilar: línea que une el centro de las dos pupilas cuando el paciente esta correctamente sentado y mirando al frente.

Plano de Orientación o de Oclusión: sobre el se apoyan las cúspides y bordes incisivos de los dientes superiores.

Dimensión Vertical: Distancia existente entre las arcadas maxilares y mandibulares cuando los dientes están en oclusión. La reemplaza el rodete. Se ve afectada por caries, mala oclusión dentaría - desgaste oclusal, pérdida dentaría, restauraciones altas.

DETERMINACIÓN DE DIMENSIÓN VERTICAL

Criterio Métrico: tiene en cuenta la similitud de los tercios de la cara. Según Willis en proporciones normales la distancia entre la comisura labial y la pupila es igual a la base de la nariz y base del mentón.

Según Mc Gee la distancia nasomentoniana es igual a la distancia nasoglabeledar.

Relación céntrica: posición más postura de la mandíbula con respecto al maxilar en la dimensión vertical establecida.

Relación hueso – hueso: es constante para cada paciente siempre y cuando las estructuras óseas y del tejido blando de la ATM estén sanas.

14. PARÁMETROS PARA ELEGIR DIENTES ARTIFICIALES

Forma de la cara

Sexo

Color

Tamaño de dientes

Relación de rebordes

Espacio intermaxilar

Dimensión vertical

Movimientos funcionales

CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA SELECCIÓN CORRECTA DE LOS DIENTES ANTERIORES

Debe existir armonía, color, forma, tamaño, disposición de los dientes artificiales.

Guías Preextracción para la Selección de los Dientes Artificiales Anteriores:

Fotografías

Modelos de diagnóstico

Radiografías

Dientes extraídos

Selección distal del canino

Superficie distal de caninos a la superficie distal del otro determinar tamaño de dientes.

Paciente en reposo: se toma desde el angulo interno del ojo una perpendicular a la comisura y otra del angulo interno al ala de la nariz, se divide el angulo en la mitad y se marca el rodete ese punto es la cúspide "Técnica de la Bisectriz".

15. SELECCIÓN DE LA FORMA, TAMAÑO Y COLOR DE LOS DIENTES ANTERIORES CUANDO NO EXISTEN REFERENCIAS CLÍNICAS.

1) Parámetro Dentogénico: edad, sexo y personalidad

Contornos incisales

Dientes laterales

Dientes abrasionados, erosionados y con diastemas.

2) Parámetro Craneométrico: Se toma relación bicondilo y se mide la distancia entre ojiva y ojiva y se divide en 3.3 y el resultado es la distancia intercanina.

3) Normas de las cuatro armonía, forma, tamaño, color, disposición de los dientes.

Color del Diente: el color adecuado de los dientes debe armonizar con el tono del rostro, del cabello, ojos, raza y edad.

CONCLUSIONES

- Uno de los objetivos primordiales de la prótesis total es devolver la función masticatoria y la fonación al paciente por lo menos en un 40%.
- Se debe tener en cuenta en el manejo de la candidiasis la sumersión de prótesis antiguas en un enjuague bucal para desinfectarlas durante 24 horas antes de la aplicación tópica del Dactarin gel.
- La candidiasis es normal en la flora de cavidad oral, pero puede volverse patógena mediante factores sistemicos o locales.
- La causa principal de una hipertonicidad muscular es una amenaza de daño o fatiga muscular, que posteriormente puede desencadenar un espasmo muscular.
- Para devolverle función y estética al paciente es necesario conservar y mantener los tejidos de soporte sanos.

BIBLIOGRAFIA

- ◆ **PATOLOGIA HUMANA.** Kumar Cotran Robbins. 6ta Edición. Mcgraw Hill Interamericana. 1997. P: 467,515,654.
- ◆ **PATOLOGIA BUCAL.** Regezzi. 6ta Edición. 1999.
- ◆ **CIRUGIA BUCO MAXILO- FACIAL .** Kaskin, 1era reimpresión. 1987.
- ◆ **MANUAL TEORICO PRACTICO DE OCLUSION Y ATM.** Gallo Miguel. 1998. P: 183-185. 240-245.
- ◆ **CIRUGIA BUCO MAXILO- FACIAL.** Kruger. 6ta Edición. 2000.
- ◆ **CIRUGIA BUCAL.** Ries Centen. 6ta Edición.
- ◆ **PATOLOGIC BASIC OF DISEASE.** Coltran R, Kurmar V, Robbins S. 4ta Edición. Tomo 2. EUA. 1989.
- ◆ **CLINICAL OUTLINE PATHOLOGY, DIAGNOSIS AND TREATMENT.** Eversole L. Filadelfia. 1983.