



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

**TEMA:**

Efectos que producen las prótesis totales removibles mal adaptadas

**AUTORA:**

Irma Jacqueline Sánchez Ñamo

**TUTOR:**

Dr. Silvio Gustavo Coronado Sarmiento.

**Guayaquil, Junio del 2015**

# **CERTIFICACIÓN DE TUTORES**

En calidad de tutores del Trabajo de Titulación

## **CERTIFICAMOS**

Que hemos analizado el trabajo de titulación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontóloga. Cuyo temase refiere a:

**“Efectos que producen las prótesis totales removibles mal adaptadas”**

**Presentado por:**

Irma Jacqueline Sánchez Ñamo  
C. I.0922938410

## **TUTORES:**

Dr. Silvio Gustavo Coronado Sarmiento.  
**Tutor Académico-Methodológico**

Washington Escudero DoltzMSc.  
**Decano**

Dr. Miguel Álvarez Avilés MSc.  
**Subdecano**

Dra. Fátima Mazzini de UbillaMSc.  
**Directora Unidad Titulación**

**Guayaquil, Junio del 2015**

## **AUTORÍA**

Las opiniones, criterios, conceptos y hallazgos de este trabajo son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Irma Jacqueline Sánchez Ñamo  
0922938410

## **AGRADECIMIENTO**

Debo agradecer a Dios por permitir cumplir esta meta, a mis maestros por brindarme los conocimientos necesarios y así haber logrado este reto, a la Facultad Piloto de Odontología por acogerme y brindarme los conocimientos aprendidos que me serán de gran ayuda en mi vida profesional

Irma Jacqueline Sánchez Ñamo

## DEDICATORIA

En primer lugar a Dios, por proveerme y darme las fuerzas para salir adelante.

A mis padres quienes me dieron la vida, la educación, apoyo y consejos.

A mi esposo quien me ha apoyado siempre en todo momento.

A mis hijos, quienes muchas veces se han visto incomodados, por no tenerme siempre con ellos, pero ha valido el esfuerzo y sacrificio, ya que juntos hemos cumplido esta meta.

Irma Jacqueline Sánchez Ñamo

# ÍNDICE GENERAL

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
Carátula	I
Certificación de Tutores	II
Autoría	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice General	VII
Resumen	IX
Abstract	X
Introducción	1
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>EL PROBLEMA</b>	
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.3 Formulación del Problema	3
1.4 Delimitación del Problema	3
1.5 Preguntas de Investigación	4
1.6 Formulación de Objetivos	4
1.6.1 Objetivo General	4
1.6.2 Objetivos Específicos	4
1.7 Justificación de la Investigación	5
1.8 Valoración Crítica de la Investigación	5
<b>CAPITULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de la Investigacion	6
2.2 Fundamentación Teórica	12

## ÍNDICE GENERAL

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
2.2.1 Prostodoncia	12
2.2.1.1 Objetivos de una Prótesis	12
2.2.1.2 Tipos de Prótesis	14
2.2.1.3 Materiales de fabricación	15
2.2.2 Prótesis Total	16
2.2.2.1 Diagnóstico.	17
2.2.3 Impresiones Odontológicas	21
2.2.3.1 Evaluación de la Impresión	22
2.2.3.2 Niveles de la funcionalidad en la Impresión de mucosas	22
2.2.3.3 Secuencia de Impresión para prótesis totales	23
2.2.4. Higiene de las Prótesis Dentales	23
2.2.5 Prótesis mal adaptadas	25
2.2.5.1 Problemas generales de la salud relacionadas con prótesis dentales mal elaboradas	25
2.2.5.2 Lesiones en la mucosa oral originadas por prótesis mal adaptadas	26
2.2.5.3 Lesiones clínicas en la mucosa oral por prótesis mal adaptadas	26
2.2.5.4 Diagnóstico de las lesiones mucosas ocasionadas por prótesis	31
2.2.5.5 Tratamiento de las lesiones mucosas producidas por prótesis	31
2.3 Marco Conceptual	32
2.4 Marco Legal	34
2.5 Identificación de Variables	36

## ÍNDICE GENERAL

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
2.5.1 Variable independiente:	36
2.5.2 Variable dependiente:	36
2.6 Operalización de las Variables	36
<b>CAPITULO III</b>	
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1 Diseño de la Investigación	37
3.2 Tipos de Investigación	37
3.3 Recursos Empleados	38
3.3.1 Talento Humano	38
3.3.2 Recursos Materiales	38
3.4 Población y Muestra	39
3.5 Fases Metodológicas	41
4. Análisis de los Resultados	43
5. Conclusiones	44
6. Recomendaciones	45
Bibliografía	
Anexos	



## **RESUMEN**

**Las prótesis son a menudo la opción para aliviar las molestias de masticación, fonación y estética de los pacientes edentes, las mismas que requieren pasos esenciales para su elaboración.**

**Se tiene que tener en cuenta todas aquellas características anatómicas y los principios de retención al momento de realizar la toma de impresiones ya que de esto dependerá nuestro éxito al adaptarlas en boca del paciente. Los efectos que producen las prótesis totales removibles mal adaptadas pueden provocar diferentes procesos patológicos como úlceras, inflamaciones, que son dolorosas, causantes de mal aliento y de problemas de autoestima de los pacientes, estas durante sus procesos evolutivos se puede convertir en procesos agudos o crónicos, sino son tratados con su debida oportunidad, este trabajo tiene como objetivo principal conocer los efectos que producen las prótesis totales removibles mal adaptadas, ya que mediante la misma podremos llegar a diagnosticarlas y brindarles su respectivo tratamiento, esta investigación utilizó un diseño de investigación no experimental, que es la fuente de nuestro trabajo pues no nos enfocamos a encontrar algo nuevo, sino recolectar información y ayudar al gremio odontológico con estos problemas, que son muy frecuentes en la clínica odontológica, recalamos que se utilizaron los siguientes métodos, el primero fue el Inductivo Deductivo realizando el razonamiento necesario para poder realizar un estudio sobre los efectos que causan las prótesis totales mal adaptadas en la boca, y como segundo el método Analítico-Sintético ya que se realizó el análisis y síntesis respectiva de cada una de las fuentes bibliográficas investigadas, la técnica de recolección de datos fue la bibliográfica.**

**Palabras Claves: Prótesis, Edentes, Anatomía, Masticación, Deglución, Estética.**

## **ABSTRACT**

Dentures are often the choice for discomfort chewing, speech and aesthetics of edentulous patients requiring the same essential steps for processing. You have to consider all the anatomical features and principles of restraint at the time of taking impressions because of this it will depend our success in adapting to the patient's mouth. The effects that total dentures maladaptive can cause different processes pathological how ulcers, inflammations, which are painful, causing bad breath and self-esteem issues of patients, these during their evolutionary processes can become acute or chronic conditions but are treated with due course, this work aims Main know the effects that total dentures maladaptive, because by itself can come to diagnose and provide their respective treatment, this study used a design of experimental investigation, which is the source of our work because we do not focus on find something new, but to collect information and help the dental guild with these problems, which are very common in the dental clinic, we stress that two methods were used, the first was made Inductive Deductive reasoning necessary to conduct a study on the effects caused by poorly fitting dentures in the mouth, and as second the analytic-synthetic method and the respective analysis of each of the bibliographic sources researched, the data collection technique was the literature synthesis was performed.

Keywords: Protheses, Edentulous, Anatomy, chewing, swallowing, Aesthetics.

## INTRODUCCIÓN

Las prótesis totales removibles son dentaduras enteras que reemplazan todos los dientes de los maxilares superior o inferior (Ernest Mallat, 2010) Las prótesis son a menudo la opción para aliviar las molestias de masticación, fonación y estética de los pacientes edentes, las mismas que requieren pasos esenciales para su elaboración.

Se tiene que tener en cuenta todas aquellas características anatómicas y los principios de retención al momento de realizar la toma de impresiones ya que de esto dependerá nuestro éxito al adaptarlas en boca del paciente y que no sufra molestias posprotésicas, los efectos que producen las prótesis mal adaptadas son muchas veces dolorosas, causantes de mal aliento y de baja autoestima de los pacientes al reflejarse mal ante las amistades. El presente trabajo investigativo tiene como objetivo fundamental conocer los efectos que producen las prótesis totales removibles mal adaptadas tanto superior como inferior.

Los temas que se tratarán en esta investigación van desde la instancia de saber conceptos y principios básicos de Prostodoncia, a los objetivos de las prótesis totales y las distintas lesiones que causan la mala adaptación, en las que muchas ocasiones nos encontramos con la aparición de lesiones o alteraciones en la mucosa oral debidas a las prótesis dentales, tanto recientes como antiguas. En unas ocasiones su etiología será debida al traumatismo de un mal ajuste o diseño que no consigue transmitir de forma homogénea las fuerzas oclusales. En otras ocasiones serán los elementos químicos que componen los diferentes elementos protéticos los responsables de reacciones mucosas, tanto por restos de monómero libre o por los diferentes metales que los componen. Por último, otro factor involucrado serán las condiciones nuevas en la microflora que pueden aparecer a partir de esta nueva situación, en la que introducimos en la cavidad oral elementos ajenos a ella.(Sánchez, 2010)

El interés de ahondar sobre este tema, es para reconsiderar cuán importante es de no pasar por alto los elementos anatómicos que se deben considerar en la fabricación de prótesis dentales completas, para darle al paciente una buena alternativa de tratamiento, a pesar de que en la actualidad existen novedosas alternativas para estos pacientes, no todos tienen el poder adquisitivo para llevarlos a cabo. (Moscoso, 2013)

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las prótesis son a menudo la opción para aliviar las molestias de masticación, fonación y estética de los pacientes edentes, las mismas que requieren pasos esenciales para su elaboración.

Se tiene que tener en cuenta todas aquellas características anatómicas y los principios de retención al momento de realizar la toma de impresiones ya que de esto dependerá nuestro éxito al adaptarlas en boca del paciente y que no sufra molestias posprotésicas.

### **1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La instalación en boca de las prótesis totales puede originar diferentes respuestas como consecuencia del desconocimiento de los principios de retención que se deben realizar para una correcta adaptación de las mismas, la falta de control de la prótesis total trae como consecuencia la desadaptación, muchas veces ocasionando diferentes lesiones bucales que en general son dolorosas, causantes de mal aliento y problemas de autoestima en los pacientes.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los efectos que se producen en la mucosa bucal por la mala adaptación de prótesis totales removibles?

### **1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

**Tema:** Efectos que producen las prótesis totales removibles mal adaptadas

**Objeto de estudio:** Prótesis totales removibles

**Campo de acción:** Efectos producidos por la mala adaptación.

**Área:** Pregrado

**Periodo:** 2014 – 2015

## **1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACION**

- ¿Cuáles son los objetivos de la Prosthodontia total?
- ¿Qué técnica de impresión usaría para la impresión fisiológica?
- ¿Cuál es la importancia de los principios de retención?
- ¿Cuáles son las condiciones de los rebordes residuales para la retención protésica?
- ¿Qué importancia tiene la extensión de las placas totales removibles para su funcionalidad?
- ¿Cómo determinar la distancia intercanina?
- ¿Cuál es la importancia del sellado periférico en el enfilado dentario?
- ¿Qué material se debe utilizar para la confección de las prótesis totales removibles?
- ¿Cuáles son las lesiones que puede producir una prótesis mal adaptada?

## **1.6 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer los efectos que producen las prótesis totales removibles mal adaptadas.

### **1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Estudiar las relaciones de la Prosthodontia total

Establecer la técnica de impresión adecuada para la impresión fisiológica y la importancia de los principios de retención

Determinar cuáles son las condiciones de los rebordes residuales para la retención protésica

Analizar cuál es la importancia de la extensión de las placas totales removibles para su funcionalidad y el beneficio de analizar la distancia intercanina.

Solucionar los problemas debido a las lesiones que puede producir una prótesis mal adaptada

Brindar un tratamiento adecuado para los diferentes lesiones bucales debido a las prótesis mal adaptadas

## 1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación presenta algunos aspectos que consideramos relevantes:

**Conveniencia.-** Es necesario efectuar un prolijo estudio de la adaptación de las placas totales removibles.

**Relevancia Social.-** Hace necesario la construcción de prótesis totales perfectamente adaptadas, con el fin de garantizar una óptima calidad de vida y salud integral.

**Implicaciones clínicas.-** Permitirá desarrollar habilidades y destrezas en el proceso de adaptación de las prótesis totales removibles.

**Valor teórico.-** El presente estudio bibliográfico y web gráfico tiene como objetivo describir las patologías generadas por la mala adaptación de las prótesis totales removibles.

**Utilidad metodológica.-** Contribuye a la conceptualización e interrelación de las variables observables para el estudio de la adaptación de prótesis dentales totales removibles.

## 1.8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es delimitada, porque habitualmente el uso de las prótesis totales removibles suelen provocar diferentes respuestas de la mucosa bucal debidas tanto a factores mecánicos como a factores químicos. La provocación de estas lesiones y su posterior evolución pueden alcanzar el carácter de aguda o crónica. De ahí la necesidad de una sólida formación académica del egresado para el ejercicio profesional. Es Evidente, La existencia de este proceso de mala adaptación de prótesis totales removibles en pacientes de la tercera edad es consecuencia de la baja formación académica de los egresados de la carrera de Odontología, es concreto, porque está redactado de manera corta, precisa, directa y adecuada, utilizando palabras sencillas de fácil comprensión. Es factible, porque hace posible la rehabilitación funcional, anatómica masticatoria, estética, y deglutiva en los pacientes de la tercera edad.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION**

El número de pacientes edentes en el mundo es significativo, y el tratamiento de estos abarca el conocimiento de los diversos desórdenes sistémicos, ya que la cavidad bucal es un sensor primario de las manifestaciones de estas enfermedades sistémicas. En los casos de un tratamiento odontológico protético, es importante un diagnóstico preciso de los problemas locales y/o sistémicos antes de su realización. Los problemas sistémicos, incluyendo disturbios psicológicos y el uso de medicamentos, pueden influir en el uso de las prótesis totales. De esa forma, una ficha detallada, con levantamiento de la historia médica y uso de medicamentos, debe realizarse sistemáticamente, y el cirujano-dentista deberá ser capaz de detectar y saber orientar a estos pacientes. (Lima Chávez, Zardo Trindade, Sgavioli Massucato, Mollo Junior, & Compagnoni, 2009)

Los aspectos clínicos, histológicos y las posibilidades de tratamiento de la hiperplasia fibrosa inflamatoria fueron los temas principales de esta investigación. Ésta lesión se origina frecuentemente a partir de prótesis totales o parcial mal adaptadas, las cuales generan un traumatismo crónico de baja intensidad. Se han descrito lesiones en mandíbula y maxila, no existiendo predilección por ninguna de las arcadas dentales, las lesiones pequeñas pueden ser tratadas de manera conservadora con remoción del agente causal o mediante atrofia por presión con nuevas prótesis, mientras que lesiones extensas y de larga duración necesitan de escisión quirúrgica para restaurar es contorno normal del tejido y la adaptación protética. (Muñate Cárdenas, Jaimes, Olate, & Albergaria Barbosa, 2009)

Las lesiones en la mucosa bucal constituyen un problema importante de salud. Existen diferentes factores de riesgo que favorecen su aparición,



por ejemplo, la calidad de las prótesis. Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo, de casos y controles entre septiembre del 2006 y enero del 2008 en la Facultad de Estomatología de La Habana, con el objetivo de identificar la calidad de la prótesis como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Se evidenció que en el grupo de casos, el 77,4 % eran portadores de prótesis de mala calidad, y el 85,8 % de los controles eran portadores de prótesis de buena calidad. Se concluyó que la calidad de la prótesis constituyó un factor de riesgo en la aparición de lesiones de la mucosa bucal. Las lesiones bucales más frecuentes asociadas con el uso de la prótesis estomatológica fueron la estomatitis subprótesis y queilitis comisural. (Lemus Cruz, Triana, Del Valle Selenenko, Fuertes Rufín, & Sáez Carriera, 2009)

Para la realización del presente estudio se eligió como población diana las personas mayores de 55 años que asisten por primera vez con intenciones de iniciar un tratamiento odontológico a la recepción de la clínica de adultos de la UCM, se les realizó el diagnóstico clínico y radiológico; momento que ha sido oportuno y adaptado para la exploración y encuesta del estudio, la muestra se calculó a partir de los datos obtenidos en el estudio piloto realizado a 29 pacientes en el 2005, y fue contrastado con otros estudios similares, los resultados de los trastornos de la mucosa bucal, según el tipo de lesión y según su localización. Se detectaron posibles lesiones en cerca del 8% de las personas evaluadas del total de la muestra, estando distribuidas con lesiones de tipo ulceraciones en el 2,9%, candidiasis para un 1,9% y otras condiciones con 1,4%. En cuanto a la ubicación de la lesión se registraron en labios 1,4% (n=3), mucosa bucal 0,5 (n=1), paladar duro y blando 2,4% (n=5), y en rebordes alveolares/encía 1,9% (n=4). (Meneses Gómez, 2010)

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal a 125 ancianos portadores de prótesis removibles usadas y su relación con las lesiones de la mucosa bucal, en los cuales se encontró un 12% de personas con estomatitis subprótesis, el 8% presentaban lesiones de crecimiento hiperplásico y el 5,6% eran portadores de quelilitis angular. Las lesiones en la mucosa bucal aumentaban en las personas con prótesis en mal estado, mala higiene de ésta y en el sexo femenino. (García Alpizar, Benet Rodríguez, & Castillo Betancourt, 2010)

Se realizó una revisión del historial de los pacientes atendidos en el Servicio de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Bahía de Brasil, del mes de Junio del 2006 al mes de Diciembre del año 2007. De los 28 individuos que usaron prótesis dentales removibles, 25 mostraron anomalías en la mucosa bucal, para un 89,3%; y el 42,8% de éstas estaban mal adaptadas, dentro de las lesiones se encuentran la Hiperplasia fibrosa inflamatoria en el 29,42% de la muestra, la candidiasis crónica atrófica en el 20,6%, la queilitis angular en el 8,82%. Los sitios anatómicos más afectados fueron la mucosa alveolar con un 35,3% y el paladar con un 29,4%. Estos resultados subrayan la importancia del uso de prótesis adecuadas, así como la necesidad de realizar controles periódicos y de proporcionar instrucciones sobre la higiene bucal. (Matos Paraguassu, 2011)

Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal en pacientes mayores de 60 años con úlceras traumáticas bucales provocadas por el uso de aparatos protésicos en el Departamento de prótesis del Policlínico Universitario Julio Antonio Mella de la ciudad de Camagüey en el periodo comprendido entre junio y diciembre del 2011, la muestra estuvo conformada por 43 pacientes mayores de 60 años, se observó que el grupo más afectado fue el masculino con 30 enfermos para un 69,76%, el grupo de edad más afectado fue el de 60 a 69 años, la mayor cantidad de úlceras traumáticas se encontraron en aquellos pacientes que tenían

prótesis recién instaladas con un 66,66% y las prótesis cuyas bases eran de acrílico con un 78,33 seguidas de los que usaban prótesis con bases mixtas en un 21,66%. (Nápoles Gonzáles, García Nápoles, & Nápoles Salas, 2012)

Los trastornos bucales tienen un efecto significativo en el bienestar de los adultos, los padecimientos que principalmente los afectan son las caries y la enfermedad Periodontal, causantes de alto porcentaje de dientes perdidos. El edentulismo y el uso de dentaduras mal adaptadas han mostrado un impacto negativo en la calidad de vida. En este estudio participaron 53 sujetos con edades aproximadamente de 67 años, las mujeres tienen promedios más altos que la de los hombre en el CPOD y en el componente perdido, Por medio de la GOHAI se encontró que el 11, 3% tuvo una percepción positiva de su salud bucal. Un mes después de colocadas las prótesis un 35,7% tuvo una percepción positiva de salud bucal en comparación a las diferentes lesiones que presentaban sus bocas cuando usaban prótesis viejas mal adaptadas. (Esquivel Hernández & Jiménez Férrez, 2012)

El propósito de este estudio fue conocer las lesiones que se presentan en los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de prótesis total que acudieron a la clínica odontológica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) en el año 2012. Se evaluaron 40 pacientes entre 53 y 86 años de edad, previa calibración con la finalidad de determinar los cambios que experimenta la mucosa de soporte. A todos se les realizó un frotis citológico. Cada muestra fue coloreada con la técnica de Papanicolaou e interpretada según el sistema Bethesda. Los resultados indicaron que un 95 % presentó lesiones de la mucosa, del cual el 10 % presentó células displásicas, 7.5 % leucoplasias, 55 % estomatitis, 17.5 % hiperplasia y 5 % úlcera. El 90 % de las prótesis presentaron inestabilidad. No se observó diferencias significativas entre los diferentes esquemas oclusales. Por tanto se concluye que la gran mayoría de pacientes que presentan prótesis inestables han desarrollado

lesiones sub-protésicas; por lo que se considera necesario el control periódico de las prótesis con un tiempo de uso mayor a un año por parte del especialista para evitar lesiones de mayor malignidad. (Vilchez Salazar, Watanabe Velazquez, Reyes Soto, Vilchez Quinatana, Torres Roca, & Vilchez Quintana, 2013)

En la cavidad bucal se manifiestan diversas patologías, de origen multifactorial debidas a la mala adaptación de la aparatología protésica removible, que al estar en algún contacto con los tejidos blandos, pueden irritar las mucosas produciendo diversas lesiones. El objetivo fue determinar la frecuencia de lesiones en la mucosa bucal por el uso de aparatos protésicos removibles, en los pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) durante el período 2011-2012. Se realizó un estudio observacional, transversal y prospectivo a ciento cuarenta pacientes, mayores de 40 años, portadores de prótesis removibles valorando el tiempo de uso, género, edad, El tipo de material de la prótesis, tipo de lesión elemental o patologías presentes. Los pacientes portadores entre 1 y 5 años de uso de la prótesis, y aquellos con más de 10 años presentaron mayor cantidad de lesiones (37%); el grupo etario más afectado fue el de 50-59 (28.6%); el género femenino registró el mayor número de lesiones (66.4%); las prótesis elaboradas con acrílico-wipla causó el mayor número de lesiones (51.4%) y la lesión elemental más frecuente fue el eritema (42.1%). Durante los primeros 5 años y después de los 10 años, las modificaciones del material y la estructura morfo-fisiológica de los tejidos de soporte, pueden propiciar la aparición de lesiones. Es importante destacar que solo el 27.8% de la muestra no presentó lesiones en las mucosas, independientemente del tipo de prótesis que usaron. (Torres, González, Fernández, & Montañéz, 2013)

Este estudio se llevó a cabo en 170 pacientes de ambos sexos portadores de prótesis completas durante los años 2012-2013 de la

Comarca Alto Guadiato (Córdoba). Todos los pacientes estaban dentro del intervalo de edad de 60-80 años, se examinaron todos los pacientes diagnosticándose estomatitis subprotésica, épulis fisurado y úlcera traumática en algunos de ellos porque las prótesis estaban mal ajustadas o llevaban más de cinco años de uso sin cambiarlas, se observó que las patologías de mayor prevalencia fueron la estomatitis subprotésica con 24 casos, seguida por la úlcera traumática con 23 casos y el épulis con 19 casos, también se observó que 15 úlceras traumáticas fueron causadas por aparatos protésicos de menos de 5 años de uso, mientras que la estomatitis protésica apareció con mayor frecuencia en pacientes que usaban prótesis con más de 5 años de uso, lo mismo pasó con el épulis. (Marchena Rodríguez, Osorio Robles, & Fernández Ortega, 2014)

Se realizó un estudio con un total de pacientes de 159, todos ellos portadores de prótesis removibles que presentaron alguna lesión en la mucosa bucal, las edades comprendían entre los 40 a 89 años, al determinar los tipos de lesiones más frecuentes en la mucosa bucal de los pacientes portadores de prótesis removibles fueron el eritema con 30,2%, la hiperplasia 23,3% y úlceras 20,8%, las lesiones fueron más frecuentes debajo de la base del conector mayor de la prótesis en el 62,3% de los pacientes; en el 13,2% se encontró que las lesiones estaban cerca del gancho de la prótesis y en el 24,5% en otras zonas de la mucosa como fondo de saco, carrillos y piso de la boca, al finalizar este estudio también se lograron determinar que la mayoría de los pacientes (74.2%) no regresó con el dentista una vez que le fue colocada su prótesis, el 18.9% regresó a consultar únicamente cuando tuvo alguna molestia, y sólo 6.9% refirieron consultar frecuentemente para revisión. (Jiménez Estrada, Godoy Montañez, Rodríguez Fernández, & Lama González, 2015)

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.2.1 PROSTODONCIA**

En la lengua castellana el significado común de la palabra prostodoncia expresa lo siguiente:

PROST= restauraciones protéticas

ODON= parte de la Odontología

CIA= consagrado al estudio

La prostodoncia es aquella rama de la odontología, cuya finalidad es restaurar la función, fisiología, fonación y estética transformadas del aparato estomatognático como resultado de la pérdida de uno o más dientes. (Mendieta L. , 2010)

#### **2.2.1.1 Objetivos de una Prótesis**

Es el objetivo de mayor importancia en una prótesis, tiene el cometido de recuperar la funcionalidad de la boca, entendiéndose por funcionalidad; una masticación eficaz (eficiente trituración de los alimentos), sin que la prótesis interfiera en la ingestión, puesto que ambas funciones influyen directamente en algo tan fundamental como lo es la alimentación, y segundo una pronunciación adecuada que va a permitir al paciente una apropiada comunicación, sin que la prótesis interfiera en ella, sino todo lo contrario, que la posibilite. Además de esto, obviamente debe tenerse en cuenta que las prótesis no deben interferir en la respiración.(Pesantes, 2011)

La funcionalidad de la prótesis, depende principalmente de 4 factores:

- **Retención**

Cada prótesis, sin importar el tipo que sea, deberá contar con un sistema de retención eficaz, es decir, que la restauración se quede sujeta en la boca y no se caiga o salga de su posición, porque de no ser así la masticación, ingestión y pronunciación se verán perjudicadas y hasta impedidas.(Pesantes, 2011)

Si la prótesis fuera fija no habría problema con la retención. Si es una prótesis removible metálica, la distribución de los ganchos metálicos, así

como la eficacia de los mismos, debe ser la apropiada, puesto que fundamentalmente la retención de la prótesis será producida por los mismos. Si se trata de una prótesis completa de resina, la más problemática al respecto, se deberá tener en cuenta el buen diseño de la base de la dentadura así como su superficie, que deberá ser lo suficientemente amplia para lograr una mayor retención en boca (para mejorar la retención en este tipo de prótesis, existen productos adhesivos como cremas y polvos). Si la prótesis es mixta, el atache deberá funcionar correctamente, pues es este el que facilita la retención.(Pesantes, 2011)

- **Soporte**

Las estructuras de la boca (dientes y periodonto) que brindaran soporte a la prótesis, serán escogidas meticulosamente ya que de esto dependerá la estabilidad y retención de la prótesis. Se debe tener en consideración las fuerzas oclusales para que el soporte sea amplio y mejor repartido en la boca.(Pesantes, 2011)

- **Estabilidad**

La estabilidad de una prótesis es esencial, ya que al no ser así se bamboleara al morder por uno y otro lado, por lo que no sería una prótesis funcional ya que dificultaría la masticación y la pronunciación, además de generar incomodidad en la boca. La estabilidad deberá ser revisada mientras se buscan el soporte y la retención más adecuadas, para lograr que los tres principios fundamentales estén interrelacionados y conseguidos equilibradamente.(Pesantes, 2011)

- **Fijación**

La fijación de la prótesis no depende de la prótesis en si; si no, mas bien en el terreno del soporte, de la misma manera que cada aparato protésico tiene sus propias unidades de retención, soporte y estabilidad; cada prótesis tendrá su propia unidad de fijación. En Prótesis Total, la unidad de fijación estará dada por la estabilidad de la mucosa adherida al hueso, vale decir que, una excelente soporte en cuanto a cantidad de superficie y a contorno fisiológico del reborde residual deberá depender de la cantidad de hueso remanente (que es en definitiva quien soportará las fuerzas

oclusales) y no de un tejido hiperplásico móvil o pendular. En prótesis removible o fija estará dada por la relación de inserción periodontal de las piezas pilares con respecto a la corona clínica del mismo. En prótesis implanto retenida la unidad de fijación está íntimamente ligada a la oseointegración del implante.(Pesantes, 2011)

### **2.2.1.2 Tipos de prótesis**

Las prótesis pueden ser completas o parciales y a la vez se ramifica en fijas y removibles y se pueden clasificar según el soporte

- **Dentosoportadas**

Aquellas que utilizan los dientes como pilares o remanentes del soporte, son los dientes naturales que el paciente aún conserva, pudiendo encontrarse íntegramente o siendo previamente tallados por el odontólogo. Como ejemplo de prótesis dentosoportadas tenemos las prótesis fijas.(Pesantes, 2011)

- **Mucosoportadas**

Son aquellas que se soportan sobre el proceso alveolar, en contacto con la encía que es un tejido fibromucoso. Como ejemplo de prótesis mucosoportadas tenemos las prótesis completas de resina o comúnmente llamadas “dentaduras postizas”.(Pesantes, 2011)

- **Dentomucosoportadas**

Son aquellas que combinan los dos tipos de soportes ya mencionados, quiere decir que soportan tanto en los dientes como en el proceso alveolar. Como ejemplo de prótesis dentomucosoportadas tenemos las prótesis de metal, las prótesis parciales de resina, y las prótesis mixtas.(Pesantes, 2011)

- **Implantosoportadas**

Son aquellas que son soportadas por implantes dentales (prótesis implantosoportadas).(Pesantes, 2011)

Tienen un soporte de plástico sobre la que se ubican uno o más dientes postizos. Esta base se une a los dientes que delimitan el espacio que no tiene dientes mediante unos ganchitos metálicos.(Pesantes, 2011)



En la actualidad pueden realizarse con los ganchos en plástico que desgastan menos los dientes contiguos y son más estéticos.

#### Prótesis fijas

Pueden retirarse de la boca sin la intervención del odontólogo. También es llamado puente; cuando falta un diente o dos, estos podrían reemplazarse por piezas artificiales.(Pesantes, 2011)

En el caso de las prótesis fijas, estos dientes artificiales se sujetan a una especie de fundas llamadas coronas dentarias. Estas coronas se adaptan sobre los dientes naturales que limitan el espacio vacío, tras limarlos un poco.(Pesantes, 2011)

### 2.2.1.3 Materiales de fabricación

A lo largo de la historia, a medida que se han ido adquiriendo mayores conocimientos y se han ido perfeccionado las técnicas, los materiales con los que se fabrican las prótesis dentales han variado. Desde las primitivas reposiciones con marfil e incluso dientes naturales humanos y animales, hasta los materiales más actuales e innovadores. Actualmente los materiales de fabricación son tres: la resina, el metal y la cerámica.

- **Resina**

Actualmente se usan distintos tipos de resina tanto para la confección de prótesis de resina, como para las bases de las prótesis metálicas, para la ortodoncia removible y para los 'provisionales' (puentes de resina que protegen los tallados mientras se realizan las prótesis fijas de porcelana). Es un material fácil de manipular, tal vez el más sencillo de todos, a la vez que resulta ser el más económico. Los dientes acrílicos que se montan en las diferentes restauraciones, son de resina.

- **Metal**

El metal en prótesis se trabaja mediante el *colado* con la técnica de la cera perdida, excepto el metal de las prótesis parciales de resina y de la ortodoncia removible, que son alambres prefabricados, o bien si existe el uso de otras tecnologías como los sistemas cad/cam para mecanizado con 3 o 5 ejes.

Existen posibles alergias en pacientes hacia algunos metales, siendo ejemplo claro la producida por el níquel, sucediendo posiblemente incluso en más del 10% de la población femenina y siendo significativamente inferior en la masculina (que parece ser más sensible al cromo). Cuando esto ocurre, existen algunas alternativas como las aleaciones preciosas, aleaciones paladio-plata, titanio, alúmina, o el circonio. Este último es cada vez más usado, pues el circonio, fabricado con diseño y fresado asistido por ordenador (cad-cam) es un material que no tiene reacciones alérgicas, tan duro como las aleaciones metálicas no nobles (aunque más frágil), y mucho más estético y preciso.

- **Cerámica**

La cerámica, también llamada porcelana, es un material de origen mineral, duro, frágil y rígido, obtenido por la acción del calor en un horno. Existen distintos tipos de cerámicas para la confección de prótesis dentales, pudiendo clasificarse según su temperatura de fusión (de alta fusión y baja fusión), y también por su composición química (porcelana feldespática y porcelana aluminosa). Este material es actualmente muy usado, pues bien manipulada proporciona al diente artificial unas cualidades muy similares a las de los dientes naturales.

## **2.2.2 PRÓTESIS TOTAL**

La prótesis total es la restauración que hace el Odontólogo a aquellos pacientes que no presentan ningún diente en uno o ambos maxilares (maxilar y mandíbula).

Esta restauración protésica debe cumplir unos parámetros biológicos y funcionales adecuados para el paciente por lo que debe realizarse por un profesional competente. Normalmente la prótesis total es removible pero existen hoy alternativas odontológicas que permiten combinar este tratamiento de prótesis total con implantes para lograr mayor retención y estabilidad. Es posible terminar con una restauración protésica fija sobre implantes, dependiendo siempre del hueso disponible y un número adecuado de implantes para permitir su retención.

### **2.2.2.1 Diagnóstico.**

Debemos tomar al paciente como un todo, como una entidad completa, nunca separar la boca de la cabeza o del resto del cuerpo. Como no se debe separar la prótesis total o parcial de la parte psicológica del paciente (necesidades, expectativas, gustos, experiencias pasadas, etc.)

En el diagnóstico se realiza un examen del estado físico y psicológico. Se buscan las necesidades de cada paciente para garantizar el resultado previsto.

El diagnóstico clínico requiere tener en cuenta los dos aspectos de la lógica, es decir, análisis y síntesis, utilizando diversas herramientas como la anamnesis, historia clínica, examen radiográfico exploración extra e intraoral y exploraciones complementarias. La primera cita es tal vez el momento más importante que el dentista pasa con un paciente de prótesis total. Además de la acumulación de datos existentes, este encuentro debe aprovecharse para crear un sentimiento de entendimiento y confianza mutuos.

- **Historia Clínica**

Debe de incluir, datos que son de nuestro interés: 1) Nombre del médico, Nombre del paciente, Fecha, Edad, Género, Lugar y Fecha de nacimiento, Ocupación, Estado Civil, Domicilio, Teléfono y fecha y motivo de la última consulta odontológica.

- **Antecedentes personales patológicos**

Enfermedades inflamatorias e infecciosas no transmisibles, Enfermedades de transmisión sexual degenerativas, neoplásicas u Otras y motivo de la cita. Previa. Un registro de la opinión del paciente acerca de su estado actual de salud general.

- **Complemento radiográfico. ( Radiografía panorámica)**

En las cuales se puede encontrar fragmentos radiculares, piezas retenidas, condiciones del hueso, patologías y conductos nutricios. Modelos de Estudio. Estructuras tridimensionales que nos permiten observar los sitios de retención.

- **Examen Extra oral.**

Se debe seguir siempre una sistemática a la hora de explorar al paciente.

El orden que se llevará será el siguiente:

- **Los Ganglios Linfáticos. Adenopatías**

La palpación se debe realizar de una forma metódica bimanual mente con la cabeza del paciente relajada por la parte posterior y anterior del paciente.

- **Exploraciones de las ATM**

La palpación de la articulación temporomandibular se realiza bilateralmente en máxima intercuspidadación (boca cerrada con dientes en oclusión) y durante la apertura

El operador se debe situar detrás del paciente y colocarlos dedos índice y medio en el área pre auricular, mientras que su dedo meñique se introducirá en el conducto auditivo externo.

Ubicándonos en parte posterior del sillón dental colocamos los dedos índice y medio en la zona preauricular, sugerimos al paciente que abra y cierre la boca, de esta manera podemos obtener signos patológicos de la articulación como son los ruidos articulares, o la presencia de dolor durante los movimientos de apertura y cierre.

Además se debe valorar el grado de apertura bucal. Los valores normales medios son mayores de 30 mm, aproximadamente el grosor de tres dedos.

- **Examen Intraoral.**

Examinaremos y plasmaremos lo observado en la historia clínica en lo referente a:

Salud general de los tejidos

Mucosa adherida y móvil

Color de la mucosa

Características

Movilidad

- **Consideraciones anatómicas especiales**

Examen sistemático; efectuamos la división de los maxilares en dos cuadrantes, uno anterior y otro posterior.

La exploración clínica es visual y táctil.

- **Arco Maxilar**

Su forma anatómica afecta la retención, debemos prevenir al paciente su buena o mala retención de las prótesis totales removibles.

Saliva (secreción y consistencia)

Tamaño y forma del proceso alveolar.

Forma del arco.

Contorno del borde.

Paladar blando, Paladar duro(Torus), Lengua

Inserciones musculares, Frenillos, Piso de la boca.

Relación de los procesos y reflejo nauseoso.

Al recopilar toda la información antes mencionada nos da las herramientas necesarias para realizar Diagnóstico, Pronóstico y plan de Tratamiento de una manera integral a nuestro paciente de Prótesis Total.

- **Zona principal de soporte:**

Constituido por el reborde alveolar residual, va de una tuberosidad a otra, sobre esta zona recaerá el mayor esfuerzo masticatorio, tapizado por una fibro- mucosa firme, bien adherida al hueso por medio de un periostio.

- **Zona secundaria de soporte:**

Se extiende desde el reborde alveolar y la zona dura central del paladar, la mucosa es espesa y lo cubre un tejido conjuntivo laxo, tejido adiposo y glandular que alberga vasos y nervios

- **Sellado Periférico:**

Está formado por dos paredes o vertientes; la maxilar o interna, la yugal o externa. En la “Zona de margen neutra o marginal neutro” es donde se debe producir el sellado periférico.

- **Sellado Periférico Posterolateral:**

Clínicamente se determina haciendo abrir la boca y tirando horizontal y hacia fuera los carrillos y labios, formando un ángulo recto entre los tejidos fijos y móviles

Post Dam o Post Damming Zona comprendida entre el fin del paladar duro y el inicio del paladar blando

- **Sellado Periférico Zona lingual:**

Es un poco difícil de limitarse clínicamente, pues no solo está perdida entre los pliegues de la mucosa flácida, sino también entre las glándulas salivales. Zona vestibular: Supeditado al tipo de reborde alveolar residual.

Este registro consta de dos etapas clínicas importantes que requieren de un justo criterio anatómico - fisiológico:

Técnica dinámica de rectificación de bordes; consiste en delimitar y registrar las zonas de reflexiones musculares paraprotésicas.

Técnica dinámica de impresión fisiológica; consiste en registrar totalmente las estructuras residuales de las áreas alveolares de soporte.

### **2.2.3 Impresiones Odontológicas:**

Registro en negativo tridimensional de estructuras orales donde posteriormente se hará el vaciado, éstas se clasifican en:

- **Preliminares**

Estudio y de trabajo preliminar, previo a la impresión definitiva.

- **Definitivas**

Modelo donde se confeccionará la prótesis.

- **Anatómicas**

Reproducen estructuras anatómicas estáticas. Es como una foto.

- **Funcionales**

Reproducen estructuras cuando están en función. Es como una película. Cuando tomo la impresión, hago que el paciente haga movimientos para que queden impresionados.

- **Dentaria**

Se cargan sólo los dientes, puedo tomar impresión anatómica, ya que los dientes no se mueven (el movimiento es mínimo gracias al ligamento periodontal).

- **Mixta**

Se cargan dientes y mucosa, puedo tomar impresión funcional ya que la mucosa si se mueve.

- **Mucosa:**

Se carga sólo la mucosa, puedo tomar impresión funcional.

### **2.2.3.1 Evaluación de la impresión:**

- **Concepción:**

Para qué la estoy tomando, para qué la quiero, si la acepto o no. Si quiero reproducir piezas y la encía está mal reproducida, igual la acepto.

- **Observación adecuada**

Lo que está en el vaciado debe ser lo que veo en el paciente.

- **Conciencia técnica**

Debo quedar contento con lo que impresioné.

- **Control directo**

De la impresión y de la boca.

- **Control indirecto:**

Tengo que ver en el vaciado lo que se reprodujo del paciente.

### **2.2.3.2 Niveles de funcionalidad en la impresión de mucosas**

- **Nivel I**

Impresión de la mucosa de soporte según funcionalidad. La impresión se toma con la mucosa “aplastada” para que cuando el paciente se ponga la prótesis no la deje avascular.

- **Nivel II:**

Impresión de límites periféricos: frenillos y musculatura de tope → cuando se contraen se levanta el fondo del vestíbulo. Tomo la impresión y le digo

al paciente que saque la lengua para que quede registrado la levantada del vestíbulo.

- **Nivel III**

Impresión del espacio paraprotésico funcional, es decir espacio entre músculos de flanco, reborde y piezas antagonistas (en dentados equivale al espacio que ocupan los dientes).

- **Nivel IV**

Flexión mandibular durante su función. Al abrir la boca los ángulos se giran hacia adentro, y cuando se cierra se giran hacia fuera hasta llegar a MIC.

La impresión debe ser tomada con la lengua hacia arriba, para que se levante el piso de boca, para que así cuando la prótesis esté en boca no se salga ni se causen úlceras.

### **2.2.3.3 Secuencia de impresión para prótesis totales**

- **Impresión preliminar**

Cubeta stock con material de impresión adecuado se usa alginato.

Nunca es 100% anatómica, ya que también se toma funcionalidad.

De trabajo preliminar: confección de cubeta individual.

- **Cubeta individual:**

Recorte mecánico: obtengo el cero anatómico.

- **Cero anatómico**

Ubicación en el fondo del vestíbulo cuando traccio los tejidos blandos (generalmente mejillas). Hasta aquí tiene que llegar el recorte mecánico de la cubeta individual. Cuando pongo la cubeta en boca y traccio, la cubeta no se debe mover. Con la Impresión músculo-funcional (compuesto de modelar) se obtiene el cero funcional.

- **Cero funcional**

Se logra con la impresión musculo-funcional. Es la ubicación del fondo del vestíbulo donde logro el sellado periférico. Está sobre el cero anatómico.



- **Impresión funcional con material adecuado, pasta zincquenólica, silicona de adhesión, condensación e incluso con alginato.**

Se comprimen unas zonas y se alivian otras.

- **Cubetas individuales:**

El acrílico que se usa para cubetas individuales presenta las siguientes características:

De grano grueso, el cual se usa porque es barato, mientras más grueso el grano, menos líquido necesario, por lo que obtengo menor contracción a la polimerización.

- **Autocurado.**

La consistencia adecuada de trabajo es la gomosa.

Una vez confeccionada la cubeta, ésta debe quedar gruesa, de extremos romos, para no generar heridas.

Se puede recortar en su etapa plástica o después, pero se recomienda que se haga en la etapa plástica.

#### **2.2.4 Higiene De Las Prótesis Dentales**

Cada prótesis presentará unas determinadas indicaciones de las que deberá ser informado el paciente por el odontólogo. Según el tipo de prótesis el paciente deberá concienciarse en mayor o menor medida del mantenimiento de la misma, no obstante, son las prótesis removibles (aquellas que el paciente puede retirar de la boca y colocar nuevamente por sí mismo), las que necesitarán de una especial indicación para el usuario. Algunos consejos generales para este tipo de prótesis bien podrían ser:

Lavar la prótesis después de cada comida, usando un cepillo de dientes convencional o bien un cepillo especial para prótesis (que se puede adquirir en cualquier farmacia), aplicando jabón o cualquier tipo de lavavajillas líquido, después aclarar muy bien con agua. El uso de pasta dentífrica para limpiar este tipo de prótesis está contraindicado ya que provoca la opacidad y deterioro de la capa externa de la prótesis eliminando con el tiempo su brillo original, promoviendo la porosidad del

material, que en el futuro facilitará la agregación de bacterias a la misma y consigo la formación de placa bacteriana y sarro. Es importante la higiene de la prótesis así como de la propia boca, principalmente por salud y por tanto por comodidad y bien estar, evitando además el deterioro de la prótesis, así como malos olores o la simple pérdida de las características estéticas de la misma. Por ello el odontólogo suele insistir al paciente en la necesidad de realizar esta operación, si no tras cada comida, al menos una vez al día.

Retirar la prótesis para dormir, puesto que es recomendable que los tejidos de la boca descansen de la presión a la que se ven sometidas, al menos unas horas diariamente.

Mientras se mantenga la prótesis fuera de la boca, se aconseja conservarla en agua, bien sola, o bien añadiéndole unas pastillas desinfectantes preparadas para ese menester. De este modo se evitan golpes y deformaciones, al mismo tiempo que se conservan mejor los materiales de los que están hechas las prótesis.

Cuando se mantenga la prótesis retirada de la boca, tal vez antes de dormir, es aconsejable realizar masajes en las encías, puesto que de este modo se mejorará el riego sanguíneo, lo que hará que la reabsorción de los tejidos sea al menos algo menor.

En coronas y puentes fijos, el cepillado deberá realizarse de igual modo que el de una dentadura natural, existiendo hilos dentales especialmente diseñados para este tipo de prótesis, siendo recomendables también los enjuagues bucales con gluconato de clorhexidina o incluso fluoruro de sodio, previamente recetados por el odontólogo. (Rodríguez L. , 2010)

### **2.2.5 PRÓTESIS MAL ADAPTADAS**

No importa cuál sea la causa, las prótesis al verse mal ajustadas puede ser fijado por un dentista.

### **2.2.5.1 Problemas generales de salud relacionados con Prótesis Dentales mal elaboradas.**

La ATM (Articulación Temporomandibular) es donde la mandíbula (el hueso de abajo) articula con el hueso temporal del cráneo. Cada vez que masticamos, hablamos o deglutimos se mueve (cada minuto aproximadamente). Por lo tanto, es una de las articulaciones que se usa con más frecuencia en el cuerpo.

El primer objetivo y el más importante. Cuando de cualquier causa la función de masticación es interferida o perjudicada, se requiere necesariamente que los órganos digestivos hagan una cantidad suplementaria de trabajo de lo cual ellos son incapacitados. Esto finalmente causará una digestión perjudicada, perturbaciones sistémicas y en general enfermedades de la salud de un carácter más o menos serio. Sin duda, muchas vidas son acortadas a años debido a la pérdida parcial o total de esta función más importante. En la construcción de sustitutos de los dientes naturales, ellos deberían ser hechos para restaurar, tan totalmente como posible, la función de los órganos naturales.

La capacidad de masticar y digerir alimento, recursos en el mantenimiento de una buena salud y funciones corporales generalmente normales, mientras en la incapacidad de ser así implica la incomodidad, enfermedad y un acortamiento de la envergadura de vida. (Pesantes, 2011)

El problema de las prótesis completas es de tal magnitud que no puede solucionarse con el acostumbramiento del paciente, así como no puede solucionarse con una simple impresión y un registro de mordida; es imprescindible que el profesional conozca detalladamente el terreno sobre el que va a trabajar, su naturaleza y relaciones; el complejo biológico de la zona protética así como el complejo mecánico del articulado dentario; la situación e importancia de los elementos anatómicos tanto como la ubicación y colocación adecuada de los dientes artificiales. Con el incremento de la longevidad de la población de la tercera edad, se debe pensar en un incremento de la vida útil de las dentaduras totales que se confeccionan, esta reflexión motiva a detenerse

en los cambios sufridos por los tejidos involucrados en el entorno oral donde funciona este tratamiento protésico, destacando que de no hacer una buena impresión de toda la cavidad oral para el buen diseño de la prótesis tendremos como resultado una prótesis empobrecida. (Moscoso, 2013)

El interés de ahondar sobre este tema, es para reconsiderar cuán importante es de no pasar por alto los elementos anatómicos que se deben considerar en la fabricación de prótesis dentales completas, para darle al paciente una buena alternativa de tratamiento, a pesar de que en la actualidad existen novedosas alternativas para estos pacientes, no todos tienen el poder adquisitivo para llevarlos a cabo. (Moscoso, 2013)

#### **2.2.5.2 Lesiones en la mucosa oral originadas por prótesis mal adaptadas**

Muchas ocasiones nos encontramos con la aparición de lesiones o alteraciones en la mucosa oral debidas a las prótesis dentales, tanto recientes como antiguas. En unas ocasiones su etiología será debida al traumatismo de un mal ajuste o diseño que no consigue transmitir de forma homogénea las fuerzas oclusales. En otras ocasiones serán los elementos químicos que componen los diferentes elementos protéticos los responsables de reacciones mucosas, tanto por restos de monómero libre o por los diferentes metales que los componen. Por último, otro factor involucrado serán las condiciones nuevas en la microflora que pueden aparecer a partir de esta nueva situación, en la que introducimos en la cavidad oral elementos ajenos a ella. (Sánchez, 2010)

#### **2.2.5.3 Lesiones clínicas en la mucosa oral por Prótesis mal adaptadas**

Algunas pueden considerarse como sobrecrecimientos anómalos de la mucosa, como por ejemplo las granulosas y las hiperplasias fibrosas, y el resto son lesiones con características distintas unas de otras. (Sánchez, 2010)

- **Lesiones erosivo-ulcerosas**

Son sin duda las más frecuentes, sobre todo en el caso de prótesis removibles, debidas a decúbitos, desajustes, exceso de movilidad, etc. Pueden comenzar con la atrofia, esto es, la disminución de espesor y consistencia del epitelio de la mucosa, generalmente indolora.(Sánchez, 2010)

El siguiente grado de la lesión es la erosión, en la cual se pierde parte del espesor del epitelio pero sin afectación del tejido conjuntivo, puede dar alguna sintomatología dolorosa. Por último nos encontramos con la úlcera, lesión ya dolorosa por la afectación del tejido conjuntivo, su tamaño puede ser variable dependiendo de las fuerzas que la originan y del tiempo de evolución de la misma. (Sánchez, 2010)

- **Estomatitis protésica**

Clínicamente se presenta como una mucosa eritematosa y atrófica en la zona donde apoya la base de una prótesis removible, tanto parcial como completa. Es mucho más frecuente en el paladar donde dibuja perfectamente la base protética tanto si es metálica como acrílica. Parece que afecta más a mujeres, si bien no están claras sus causas. En cuanto a su sintomatología, pueden presentar sensación de quemazón y picor, pero en la mayoría de los casos son asintomáticas y suele tratarse de un hallazgo casual durante la exploración de la mucosa oral en una revisión odontológica de rutina.(Sánchez, 2010)

Se sabe que su etiología es multifactorial, influyendo diferentes factores como la mala higiene, el uso de las prótesis durante el sueño, los traumatismos repetidos y un factor muy importante como es la colonización por hongos saprofitos de las mucosas, principalmente por *Candida albicans*. (Sánchez, 2010)

- **Hiperplasia papilar inflamatoria:**

También se puede encontrar en la literatura como papilomatosis por dentadura protésica. Suele ser una evolución de la estomatitis protésica mencionada anteriormente. Aparece entre la cuarta y la sexta década de la vida. Se caracteriza por presentar la mucosa bucal unos nódulos

aframbuesados de 2-4 mm en eritematosos e hiperplásicos, situados bajo la base una prótesis removible generalmente muy antigua y por lo tanto mal ajustada, junto con una deficiente higiene. Al igual que en la estomatitis protésica el paciente puede presentar picor y quemazón en la zona aunque en muchos casos es también asintomática.(Sánchez, 2010)

- **Estomatitis de contacto**

Es una lesión mucho menos frecuente de lo que cabría suponer en un primer momento. Cuando aparece se manifiesta por un edema, eritema y tumoración, presentando una sintomatología de quemazón, sensibilidad al tacto y a los cambios de temperatura tanto al frío como al calor. Las zonas más afectadas son la mucosa gingival y los labios. Su causa más frecuente es la presencia de monómero residual del acrílico.

Aunque no debemos olvidar que también puede estar causada por sensibilidad a diversas sustancias tales como alimentos, medicamentos, materiales y aparatología odontológicos.(Sánchez, 2010)

- **Reacción liquenoide**

Lesión generalmente asintomática caracterizada por la presencia de una lesión blanca con estriaciones en la mucosa próxima a una restauración metálica. Clínicamente es indistinguible de las lesiones causadas por el liquen plano oral. (Sánchez, 2010)

- **Hiperqueratosis friccional**

Resulta la manifestación de una reacción protectora de la mucosa provocada por el trauma continuado. Es una lesión blanca que no se desprende al raspado. No es un proceso malignizable y microscópicamente es indistinguible de otras lesiones blancas como por ejemplo la leucoplasia. Cuando su origen es una prótesis removible se suele localizar en los rebordes alveolares.(Sánchez, 2010)

- **Granuloma telangiectásico**

También llamado granuloma piógeno, si bien el término telangiectásico se corresponde mejor con sus características clínicas e histológicas. Clínicamente es una lesión rojiza sobreelevada de base ancha mal delimitada de consistencia blanda lisa o rugosa. Si es grande suele

ulcerarse, asintomático y de fácil sangrado, en su aparición pueden influir márgenes desbordantes de coronas el cálculo o cuerpos extraños. Su tratamiento consiste en la extirpación y biopsia de la lesión, junto con un buen legrado de la zona para evitar recidivas.(Sánchez, 2010)

- **Épulis fisurado**

Se considera como una lesión hiperplásica inflamatoria reactiva. A la exploración se aprecia nódulos en forma de pliegues y de tamaño variable. Suele corresponder con aletas de las prótesis que no ajustan bien. Su localización más frecuente es la encía vestibular. Generalmente es asintomático, a pesar de poder alcanzar un tamaño considerable, y a diferencia del granuloma telangiectásico no sangra con tanta facilidad(Sánchez, 2010)

- **Hiperplasia fibrosa:**

Aparece como una tumoración asintomática de consistencia firme de crecimiento lento y tamaño variable, originada por un traumatismo continuado o por hábitos de succión anómalos. La hiperplasia fibrosa es casi exclusiva de los portadores de prótesis, localizada con más frecuencia en la 4-6 década de vida para algunos autores se trataría una evolución del granuloma telangiectásico que se ha ido fibrosando(Sánchez, 2010)

El tratamiento va de acuerdo con la severidad de la lesión y la cantidad del tejido afectado. Lesiones pequeñas se pueden reducir sin remoción quirúrgica previa, mediante la atrofia por presión ejercida por la confección de nuevas prótesis, mientras que lesiones extensas y de una evolución prolongada necesitarán de una remoción quirúrgica.

Algunos autores han reportado cambios histológicos en este tipo de lesiones, como presencia de displasias epiteliales, sin embargo, aún existen controversias en establecer una relación entre HFI y neoplasias malignas. El conocimiento de los aspectos clínicos e histológicos es esencial en el diagnóstico y plan de tratamiento de la lesión. En este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de los aspectos clínicos, histológicos y posibilidades de tratamiento de la hiperplasia fibrosa

inflamatoria.

La HFI posee una frecuencia alta y constituye la lesión oral más prevalente. A pesar de que esta lesión puede manifestarse en cualquier localización intraoral, la zona de frecuente aparición es la región gingival, seguida por la mucosa vestibular, lengua, labios y el paladar. Ha sido relatada con mayor frecuencia en la región del surco vestibular y, en menor proporción, en reborde alveolar lingual de mandíbula y en la región palatina. Las mujeres son más afectadas que los hombres, en una proporción de 5:1, con predilección por la raza blanca.

- **Pigmentaciones o tatuajes**

Suelen deberse a la vehiculización de elementos metálicos durante el tallado de dientes o al realizar ajustes de márgenes u oclusión. Pequeñas fracciones metálicas salen despedidas y se introducen el tejido conjuntivo próximo. La mucosa adquiere un color grisáceo-negro-azulado por los sedimentos. Generalmente es la encía la mucosa más afectada, aunque mostramos un caso producido por un perno intrarradicular. La profundidad de la pigmentación puede ser variable pudiendo alcanzar el periostio y el hueso.(Sánchez, 2010)

En ocasiones puede ayudarnos a su diagnóstico la realización de radiografías intraorales, pero en ocasiones no se aprecia nada anormal en éstas. Es importante saber que una vez eliminado el sedimento puede tardar en desaparecer largo tiempo.(Sánchez, 2010)

#### **2.2.5.4 Diagnóstico de las lesiones mucosas producidas por prótesis**

La mayoría de las lesiones que hemos revisado tienen un diagnóstico similar, fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis, la inspección y la palpación, valorando su localización, el tipo de lesión, su tamaño, su color, su consistencia y su evolución. Aunque en ocasiones tendremos que recurrir a la biopsia, principalmente la escisional.(Sánchez, 2010)

Prácticamente todas ellas corresponden a un patrón de causa efecto y tienen un buen pronóstico. Es importante su temprana localización para que no evolucionen hacia estadíos más graves.(Sánchez, 2010)



### **2.2.5.5 Tratamiento de las lesiones mucosas producidas por prótesis**

Una vez identificada la lesión la primera medida que tomaremos será la eliminación del factor etiológico, que como hemos visto suele ser el traumatismo repetido de una base protésica sobre la mucosa oral, mediante la retirada durante un tiempo de la prótesis. Si bien en la mayoría de los caso es preciso recurrir a la realización de prótesis nuevas, que presenten un ajuste mayor a dientes y mucosa. En cualquier caso es imprescindible instruir al paciente para que mantenga una muy buena higiene tanto de su prótesis como de sus dientes naturales.

Deberemos tratar la sintomatología si la hubiere con la administración de analgésicos por vía sistémica y antisépticos tópicos, del tipo de la clorhexidina en colutorio y/o gel, si es preciso.(Sánchez, 2010)

En los casos de la presencia de lesiones de tipo hiperplásico como la hiperplasia papilar inflamatoria, el granuloma telangiectásico, el épuilis fisurado, y la hiperplasia fibrosa, procederemos a su eliminación quirúrgica, seguida de un buen legrado y la realización de histopatología de la muestra.(Sánchez, 2010)

Ante la presencia de una estomatitis protésica o de una hiperplasia papilar inflamatoria, además de las medidas anteriormente citadas deberemos recurrir al empleo de antifúngicos locales como la nistatina o el miconazol en colutorios, geles y tabletas. Incluso en algunos casos rebeldes es preciso instaurar un tratamiento sistémico con antifúngicos del tipo de fluconazol. Después deberemos realizar un buen seguimiento de la evolución de las lesiones.(Sánchez, 2010)

## 2.3 MARCO CONCEPTUAL

**Articulador semiajustable:** Artefacto mecánico que puede ser programado para recibir y reproducir algunos movimientos mandibulares, comúnmente limitado a excursiones o movimientos en líneas rectas.

**Ciclo masticatorio:** trayecto que describe la mandíbula durante los movimientos masticatorios.

**Dimensión vertical oclusiva:** Es la dimensión facial tomada verticalmente entre dos puntos, generalmente entre el borde del mentón y base de la nariz cuando los rodetes se encuentran en oclusión.

**Dimensión vertical de reposo:** Es la medida de la dimensión facial vertical cuando la mandíbula está en posición de reposo. Entre los rodetes debe quedar un espacio libre inter rodete de al menos 2 a 4 mm.

**Dislocante:** Desplazar anormalmente un hueso o una articulación.

**Edéntulo:** Edentado, desdentado, anodonto, sin dientes.

**Estomatitis:** Es una infección viral de la boca que ocasiona úlceras e inflamación. Estas úlceras bucales no son lo mismo que las aftas, las cuales son causadas por un virus diferente.

**Hiperplasia:** Es el aumento de tamaño de un órgano o de un tejido, debido a que sus células han aumentado en número. El proceso fisiológico se conoce como hipergénesis.

**Platina de montaje:** dispositivo metálico o de plástico que se utiliza para sujetar los modelos a los segmentos superior e inferior del articulador.

**Prostodoncia:** Es aquella rama de la odontología que se encarga de devolver la función, anatomía, fonación y estética alteradas del aparato estomatognático como consecuencia de la pérdida de uno o más dientes.

**Sistema estomatognático:** Es la combinación de todas las estructuras involucradas en las capacidades funcionales de la boca

**Reguarnecer:** Poner adornos, accesorios o complementos a una cosa.

**Tragus:** Prominencia anterior del meato auditivo externo

**Úlcera:** Es toda lesión abierta de la piel o membrana mucosa con pérdida de sustancia. Las úlceras pueden tener origen y localización muy variada.

## 2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, "...para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados".

**Los Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual.** La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude. Los resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

## 2.5 IDENTIFICACION DE VARIABLES

### 2.5.1 Variable independiente:

Prótesis totales removibles

### 2.5.2 Variable dependiente:

Efectos que producen por la mala adaptación.

## 2.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>Independiente:</b> Prótesis totales removibles	Son dentaduras enteras que reemplazan todos los dientes del maxilar superior o inferior o de los dos	Tiene como función devolver la masticación, fonética y estética de los pacientes	Diseño  Elaboración  Composición	Estética  Funcionalidad  Adaptabilidad
<b>Dependiente:</b> Efectos que producen por mala adaptación	Lesiones que aparecen en cavidad bucal, con diferentes síntomas y signos	Su operacionalidad es causar molestia y lesiones en la cavidad oral	Mucosa  Encías	Ulceras  Hiperplasia  Traumas

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es de tipo no experimental.

El diseño no experimental es el que se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable. El investigador no sustituye intencionalmente las variables independientes. Se observan los hechos tal y como se presentan e su contexto real y en un tiempo determinado o no, para luego analizarlos. Por lo tanto en este diseño no se construye una situación especifica si no que se observa las que existen. (Palella & Martinis, 2010).

Los métodos que se utilizaron fueron el Inductivo – Deductivo ya que se utilizó el razonamiento necesario para poder realizar un estudio sobre los efectos que causan las prótesis totales mal adaptadas en la boca, y el método Analítico – Sintético durante la realización de esta investigación ya que se realizó el análisis y síntesis respectiva de cada una de las fuentes bibliográficas investigadas, permitiendo seleccionar la información más importante y relevante sobre los efectos que causan las prótesis totales mal adaptadas.

Las técnicas que se utilizaron fueron la selección de referencias y la integración de las mismas al trabajo de investigación.

Las herramientas que se utilizaron son las siguientes: libros de prostodoncia, buscadores virtuales, artículos científicos, revistas y libros actualizados.

#### **3.2 TIPOS DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación se refiere al grado de profundidad conque se abordo el objeto de estudio y el campo de acción. Por esta razon se trata de una investigación documental, descriptiva y explicativa.

**Investigación Documental.-** Ya que se utilizaron diferentes documentos para fundamentar la investigación, así mismo se ha estudiado el problema antes planteado con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos.

**Investigación descriptiva:** Se han descrito cada una de las propiedades importantes de las prótesis removibles, el diseño de las mismas, y su adaptación, han sido analizados para ampliar este tema. Se ha realizado la medición de diferentes trabajos previos de otros autores acerca de la mala adaptación de las prótesis removibles y las lesiones que causa en la mucosa bucal. Esta investigación comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos.

**Investigación Explicativa:** Esta investigación se encargó de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa - efecto. En este sentido, este estudio explicativo se ocupó tanto de la determinación de las causas, como de los efectos. Sus resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de conocimientos.

### **3.3 RECURSOS EMPLEADOS**

#### **3.3.1 Talento Humano**

Tutor: Dr. Silvio Coronado.

Autora: Irma Jacqueline Sanchez Ñamo

#### **3.3.2 Recursos Materiales**

Libros de Prostodoncia

Revistas odontológicas

Computador

Impresoras

Internet

Artículos científicos con respecto al tema.



### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Ésta investigación está basada de un tema específico de prótesis removible de la malla curricular de la Facultad Piloto de Odontología, se escogió un tema de dicha cátedra a fin de presentar hallazgos. De la misma manera no presenta caso clínico por lo que no presenta población ni muestra.

### 3.5 FASES METODOLOGICAS

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual

Fase metodológica

Fase empírica

**La fase conceptual** de la investigación ya que en esta se expuso y amplio los conceptos sobre la prótesis parcial removible, su clasificación, sus ventajas y desventajas, y las partes de la misma. Por lo que hemos analizado algunas investigaciones de diferentes autores, que exponen cada uno de los parámetros que se debe analizar y aplicar en el momento de adaptar estas prótesis, asegurándonos que el paciente se sienta cómodo y se cumpla con el objetivo de la misma.

Así también se ha realizado una revisión bibliográfica de lo que otros autores han investigado sobre este tema de investigación, que nos ayude a justificar y concretar el problema de investigación.

**La fase metodológica** en esta etapa se ha diseñado un estudio de tipo no experimental porque no empleamos nada nuevo sino que nos enfocamos en aplicar técnicas ya descritas para obtener los objetivos específicos en nuestra investigación, en esta fase se formula la estructura que va a desarrollarse en la misma.

El método que se utilizó fue el Empírico pues éste se basa en la acumulación de datos que posteriormente se analizan para determinar su significado, así lo hicimos con la investigación de los efectos que producen las prótesis mal adaptadas.

No tenemos una muestra ya que esta investigación sólo utilizó investigaciones de modo bibliográfico, observacional, documentado y descriptivo ya que se expusieron los conceptos y se analizaron cada uno de estos para así alcanzar nuestros objetivos antes planteados.

Basándonos en la realidad que deseamos alcanzar y exponiendo que serían excelentes aplicar cada una de las propiedades que tienen las prótesis parciales removibles para el bienestar del paciente.

Se ha recogido los datos de varios libros de odontología protésica, entrevistas a profesionales en el tema, artículos científicos actuales expuestos en el internet en la parte científica e investigativa. Por lo que resultaría conveniente realizar un grupo de discusión en el cual el tema sería la adaptación de las prótesis removibles y todos aquellos problemas que abarcan el desconocimiento de adaptar mal una prótesis en los diferentes tipos de pacientes.

**La fase empírica** recogimos los datos de forma sistemática utilizando las herramientas que hemos diseñado previamente. Los datos fueron analizados en función de la finalidad del estudio, que pretendemos explorar o describir fenómenos relaciones entre variables.

Se realizó un análisis meramente descriptivo de los datos obtenidos para traerlos a la luz de trabajos anteriores que han enriquecido la investigación.

Creemos que es muy recomendable publicar esta investigación ya que será de mucha ayuda para los profesionales en odontología y a la comunidad en general, ya que incrementara el conocimiento sobre el tema y enriquecerá la práctica del mismo en la consulta odontológica.

## 4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez recolectada la información, tenemos como resultado que las prótesis dentales mal adaptadas causan serias lesiones en la mucosa oral, ya que la placa puede acumularse en ellos y causar tinción, mal aliento, y la irritación en la boca.

Si la prótesis no encaja correctamente, pueden causar irritación de las encías y en la boca, que puede interferir con el habla y el comer, esto puede conducir a las llagas en la boca, infecciones y otros problemas de salud. Debido a esto, es importante que vea a su dentista regularmente, por lo menos anualmente para asegurarse de que las prótesis dentales le caben bien y están siendo limpiados adecuadamente, incluso buscar señales de cáncer oral, y también para colocar prótesis adecuada si este lo necesita.

Con la presencia de prótesis mal elaboradas o mal adaptadas pueden aparecer las siguientes complicaciones:

**Lesiones erosivo-ulcerosas:** Son las más frecuentes, sobre todo en el caso de prótesis removibles, debidas a decúbitos, desajustes, exceso de movilidad, etc

**Estomatitis protésica:** Clínicamente se presenta como una mucosa eritematosa y atrófica en la zona donde apoya la base de una prótesis removible, tanto parcial como completa.

**Hiperplasia papilar inflamatoria:** También se puede encontrar en la literatura como papilomatosis por dentadura protésica.

**Estomatitis de contacto:** Es una lesión mucho menos frecuente de lo que cabría suponer en un primer momento.

**Reacción liquenoide:** Lesión generalmente asintomática caracterizada por la presencia de una lesión blanca con estriaciones en la mucosa próxima a una restauración metálica.

**Hiperqueratosis friccional:** Resulta la manifestación de una reacción protectora de la mucosa provocada por el trauma continuado.

**Granuloma telangiectásico:** También llamado granuloma piógeno, si bien el término telangiectásico se corresponde mejor con sus características clínicas e histológicas.

**Épulis fisurado:** Se considera como una lesión hiperplásica inflamatoria reactiva. A la exploración se aprecia nódulos en forma de pliegues y de tamaño variable.

**Hiperplasia fibrosa:** Esta aparece como una tumoración asintomática de consistencia firme de crecimiento lento y tamaño variable, originada por un traumatismo continuado o por hábitos de succión anómalos

Las técnicas de confección de las dentaduras totales, no debería tener más dificultad que el alto nivel de destreza manual requerido para realizar un tratamiento rehabilitador con prótesis, la mayoría de los autores abocados a este tema piensan que en la confección de una prótesis total, los conocimientos adquiridos previamente y la experiencia técnica son más relevantes, un entrenamiento efectivo y adecuado basado en el conocimiento de la anatomía y fisiología de los tejidos y las estructuras que soportan y están en contacto con la prótesis, y los materiales con los cuales están realizadas, dará a los profesionales de la odontología una gran oportunidad de construir dentaduras exitosas.

## 5. CONCLUSIONES

- En base a los objetivos propuestos en el desarrollo del presente trabajo concluimos en que las prótesis removibles son sin lugar a dudas las más relacionadas con lesiones en la mucosa oral.
- Se estudiaron las relaciones de la Prostodoncia total
- Se estableció la técnica de impresión adecuada para la impresión fisiológica y la importancia de los principios de retención
- Se determinaron cuáles son las condiciones de los rebordes residuales para la retención protésica
- Se analizaron cuál es la importancia de la extensión de las placas totales removibles para su funcionalidad y el beneficio de analizar la distancia intercanina.
- Se identificaron las soluciones a los problemas debido a las lesiones que puede producir una prótesis mal adaptada
- Por último se comprendieron cuán necesaria es la mentalización del paciente para que mantenga unos buenos hábitos de higiene, para que no utilice la prótesis cuando duerme y para que acuda a revisiones periódicas de control, tanto del estado de sus prótesis como de sus mucosas.

## 6. RECOMENDACIONES

- Por los datos obtenidos damos las siguientes recomendaciones, las tomen en cuenta la sociedad en general y en la comunidad odontologica:
- Indagar en estudios clínicos las relaciones de la Prostodoncia total
- Mejorar la técnica con materiales mejor aceptadas por los tejidos bucodentales para la impresión fisiológica en la Facultad de Odontología y conocer la importancia de los principios de retención
- Analizar cuál es la importancia de la extensión de las placas totales removibles para su funcionalidad durante la elaboración de las mismas en la clínica integral de la Facultad de Odontología
- Brindar soluciones alternativas a los problemas debido a las lesiones que puede producir una prótesis mal adaptada, pues no todos los pacientes están contentos con el pronóstico.
- Extender varios planes de tratamiento de las lesiones causadas por una prótesis mal adaptada durante la consulta odontológica
- Motivar al paciente para que mantenga unos buenos hábitos de higiene, Recomendar al paciente que no utilice la prótesis cuando duerme y que acuda a revisiones periódicas de control

## BIBLIOGRAFÍA:

1. A. van der Bilt et al. (2011). Protesis parcial removible.
2. Alpizar, B. G., Rodriguez, M. B., & Betancourt, E. (2012). Protesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos .
3. Andrés Eloy Sánchez. (2010). Protesis parcial removible.
4. Arevalo, D. J. (2011). adaptacion de protesis dental.
5. Armendariz, D. J. (2010). Protesis dentales; complicaciones .Univeridad de San Marcos.
6. Cepeda, D. J. (2013). las-ventajas-de-una-protesis-removible. <http://www.tunuevasonrisa.com>.
7. Chow, C. y. (2012). Protesis removible.
8. Dr. Pablo Quiroz. (2013). Prostodoncia total.
9. Enrique Medina, F. y. (2011). Prótesis Bucal Removible.
10. Ernest Mallat Desplats, T. P. (2010). Prótesis parcial removible colada: Clínica y laboratorio. Madrid. : Editorial Mosby/Doyma. 1ª. Edición.
11. Ernest Mallat, D. T. (2010). Prótesis Parcial Removible.
12. Kaiser. Frank. (2012). Prótesis Parcial Removible. Brasil: Editorial MAIO 2da Edición. .
13. Lilia Bartolotti. (2010). Prótesis Parciales Clásica E Innovaciones. Amolca , 198 - 213.
14. Lorenzana, C. F. (2012). Partes de la protesis removible.
15. Luis García, M. J. (2010). Diseño de Prótesis Parcial Removible. Chile.
16. Macedo. (2011). problemas de las protesis mal adaptadas.
17. Moscoso, D. J. (2013). Problemas bucales por presentar protesis mal adaptadas. Protesico dental, .
18. Pesantes, D. J. (2011). Prostodoncia. Lima.
19. Rendón Roberto. (2011). Prótesis Parcial Removible. Conceptos Actuales. . Pamericana , Cap V - VI.
20. Sachdeva, D. R. (2012). Desventajas de las protesis removibles.



21.Sánchez, J. N. (2010). Lesiones en la mucosa oral originadas por protesis.Madrid.

## **ANEXOS**

**Fuente:**(Arevalo, 2011)

**ANEXO # 1.**

**Lesiones bucales causadas por Prótesis mal adaptadas**



Fuente:(Arevalo, 2011)

**ANEXO # 2.**

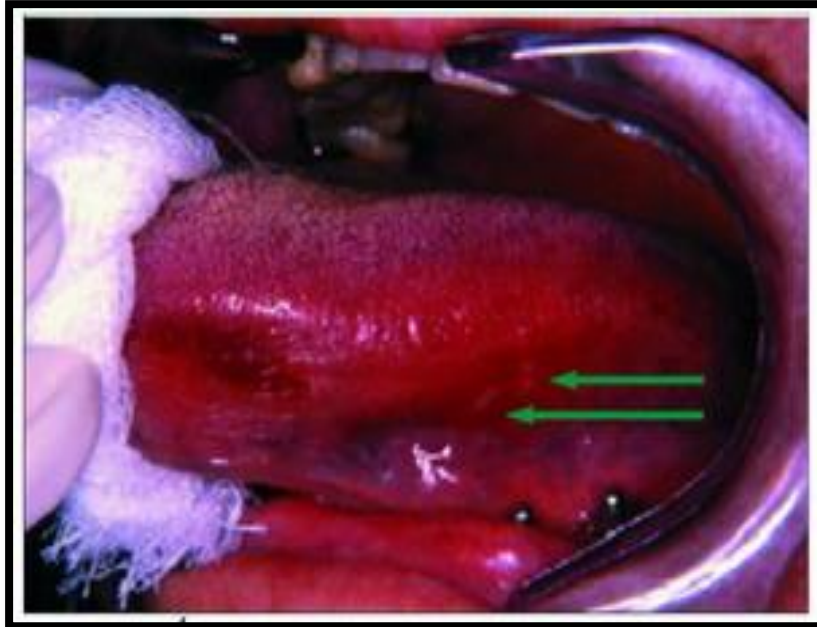
**Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria causada por Prótesis Mal Adaptadas**



Fuente:(Macedo, 2011)

**Anexo # 3.**

**Úlceras en el borde lateral lingual por el roce de los retendores**



**Fuente:** (Macedo, 2011)