



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

TEMA:

Factores que inciden en el rechazo del adulto mayor para el uso de prótesis
removibles

AUTORA:

Liza Ivana Tircio Franco

TUTOR:

Dr. Jhonny Medrano

Guayaquil, Mayo del 2016



APROBACIÓN DE LA TUTORÍA

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: **Factores que inciden en el rechazo del adulto mayor para el uso de prótesis removibles**, presentado por la **Srta Liza Ivana Tircio Franco**, del cual he sido su tutor, para su evaluación, como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga.

Guayaquil, mayo del 2016.

.....
Dr. Jhonny Medrano

CC: 090584012-0



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Odontólogo /a, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad de Odontología, por consiguiente se aprueba.

.....
Dr. Mario Ortiz San Martín, Esp.

Decano

.....
Dr. Miguel Álvarez Avilés, Mg.

Subdecano

.....
Dr. Patricio Proaño Yela, Mg

Gestor de Titulación



AUTORÍA

Yo, Liza Ivana Tircio Franco, con cédula de identidad N° 0931328389, declaro ante el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, mayo del 2016.

.....

Liza Ivana Tircio Franco

0931328389



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres quienes fueron un gran apoyo emocional y económico desde que comencé mis estudios hasta el final.

A mi amiga María de Lourdes cuyo apoyo y ayuda constante fue muy importante.

A los maestros que nunca desistieron en enseñarnos y cuyo amor a la carrera y vocación a la enseñanza nos inspiró a mejorar como personas y como futuros profesionales.



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar me gustaría agradecerle a Dios que me ha permitido llegar a donde he llegado.

A mis padres que siempre me ayudaron y apoyaron en todo momento.

A la Universidad De Guayaquil por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional, los cuales me han sabido enseñar todo lo que se, en especial a profesores: el Dr. Raúl Michalon, la Dra. Diana Vera y la Dra. Jacqueline Cedeño por sus consejos, enseñanzas y toda la ayuda brindada.



CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Mario Ortiz San Martín, MSc.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo **“Factores que inciden en el rechazo del adulto mayor para el uso de prótesis removibles”**, realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, mayo del 2016.

.....
Liza Ivana Tircio Franco

0931328389

Resumen

Este trabajo de investigación que se está llevando a cabo es de tipo cualicuantitativo. Este estudio intentó recolectar información sobre los factores que inciden en el rechazo de los adultos mayores para el uso de prótesis removible, en un grupo de muestra de 23 individuos entre las edades de 60 a 90 años del asilo hogar Luis Plaza Dañín mediante encuestas y el diagnóstico individual de cada paciente. Se determinó que la mayoría de los residentes que rechazaban el uso de prótesis removibles eran hombres quienes representaban el 74% del grupo. También se determinó que un 52% de los internos se rehusaban al uso de sus prótesis debido al dolor y molestias que estas les causan.

Palabras clave: Edéntulo, paciente geriátrico, higiene oral, patologías bucales.

Abstract

This research work being carried out is quality-quantitative type. This attempt study to collect information about factors that affect the rejection of the elderly for the use of removable denture in a sample group of 23 individuals, between the ages of 60 to 90 years of nursing home Luis Plaza Dañín through surveys and diagnosis each patient individually. It was determined that most residents who rejected the use of removable dentures were men who accounted for 74% of the group. It was also determined that 52% of inmates refused to use his prosthesis due to pain and discomfort they cause them.

Keywords: edentulous, geriatric patient, oral hygiene, oral pathologies.

Índice General

APROBACIÓN DE LA TUTORÍA	ii
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN	iii
AUTORÍA	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vi
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	vii
Resumen	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	1
CAPITULO I	4
EL PROBLEMA.....	4
1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.1.1 Delimitación del problema	5
1.1.2 Formulación del problema	5
1.1.3 Subproblemas.....	5
1.2 Objetivos	6
1.2.1 Objetivo general	6
1.2.2 Objetivos específicos.....	6
1.3 Justificación	6
CAPITULO II	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Fundamentación científica o teórica	9
2.2.1 Prótesis dentales removibles.....	9
2.2.2 Problemas comunes al iniciar con una prótesis dental removible.....	19
2.2.3 Cambios en la salud oral del adulto mayor.....	22
2.2.4 Lesiones causadas por prótesis dentales mal adaptadas.....	25
2.2.5 Patologías causadas por mala higiene oral.....	33
2.2.6 Normas de higiene	43
2.3 Fundamentación legal	44
2.4 Definiciones conceptuales.....	45

2.5 Hipótesis y variables	47
2.5.1 Declaración de variables.....	47
2.5.2 Operacionalización de las variables.....	47
CAPITULO III	49
MARCO METODOLÓGICO.....	49
3.1 Diseño y tipo de investigación	49
3.2 Población y muestra	49
3.3 Métodos, Técnicas e instrumentos.....	50
3.4 Procedimiento de la investigación.....	50
CAPITULO IV	51
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	51
4.1 Resultados	51
4.2 Discusión	55
4.3 Conclusión y recomendaciones	56
4.3.1 Conclusiones	56
4.3.2 Recomendaciones	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS.....	60

Índice de cuadros

Tabla 1. Residentes examinados por sexo.....	51
Tabla 2. Motivo aparente que provoca el rechazo de la prótesis removible.	52
Tabla 3. Análisis de la prótesis removible.....	53
Tabla 4. Patologías bucales presentes en los residentes.....	54

Índice de gráficos

<i>Imagen 1:</i> Partes de una prótesis parcial removible.....	14
<i>Imagen 2 :</i> Diente integrado en el hueso mediante membrana epitelial e implante que se une al hueso por osteointegración.	60
<i>Imagen 3:</i> Lesión ulcerosa en el labio inferior.	60
<i>Imagen 4:</i> Estomatitis bucal.	61
<i>Imagen 5:</i> Hiperplasia papilar inflamatoria.	61
<i>Imagen 6:</i> Hiperqueratosis friccional en el piso de la boca.	62
<i>Imagen 7:</i> Granuloma piógeno circunscrita al incisivo central superior derecho.	62
<i>Imagen 8:</i> Épulis fisurado en zona anterior.	63
<i>Imagen 9:</i> Candidiasis en el paladar.	63
<i>Imagen 10:</i> Estomatitis protésica.	64
<i>Imagen 11:</i> Gingivitis en paciente portador de prótesis removible mal adaptada.	64
<i>Imagen 12:</i> Periodontitis en portador de prótesis removible.	65

Introducción

Hay varios factores que provocan el rechazo del adulto mayor hacia su prótesis removible, entre los cuales podemos encontrar con mayor prevalencia el diseño y adaptación del mismo, seguido por la higiene que el paciente le dé a esta y a su propia boca, es también importante que el paciente esté conforme con su estética ya que aún si está bien adaptada si el portador no está conforme con los resultados estéticos como el color y forma de los dientes, podría provocar su rechazo.

Por lo general se requieren de un par de semanas para que el paciente se acostumbre por completo a la prótesis dental. En un principio el paciente puede experimentar cierto dolor y molestia, pero a medida que pasan los días poco a poco se irá acostumbrando a la sensación nueva en su boca. Si transcurridas las primeras semanas el paciente aún siente molestias o dolor por la prótesis dental este deberá informar a su dentista, ya que esta podría estar mal adaptada y a lo largo provocar una patología.

Las patologías que presenta un paciente portador de prótesis placa están ligadas a prótesis mal adaptadas y a mala higiene y poco mantenimiento de estas.

Con prótesis mal adaptadas nos referimos a aquellas con bordes muy agudos, sobreextendidas, que se encuentran muy flojas o muy apretadas.

Las patologías que estas prótesis pueden causar son:

- Erosiones-ulcerosas
- Hiperplasia papilar inflamatoria
- Estomatitis de contacto
- Hiperqueratosis friccional
- Granuloma telangiectásico
- Épulis fisurada
- Hiperplasia fibrosa

Las prótesis dentales mal adaptadas no son capaces de transmitir las fuerzas oclusales de manera homogénea por lo que ejercen una fuerza excesiva sobre los tejidos blandos provocando las patologías ya citadas.

La colocación de las prótesis dentales puede originar diferentes respuestas de la mucosa oral debidas tanto a factores químicos como a factores mecánicos e incluso microbiológicos. Estas lesiones pueden aparecer y evolucionar tanto de forma aguda como crónica. (Nuño, 2009)

La mala higiene bucal es un factor de riesgo fundamental en la salud oral del adulto mayor. Los pacientes que poseen prótesis parciales removibles suelen perder los dientes pilares por caries o enfermedad periodontal debido a una mala higiene de la prótesis sumado a que muchos no la retiran al dormir.

Las enfermedades asociadas a la mala higiene en un paciente con prótesis removible son:

- Candidiasis.
- Estomatitis protésica.
- Gingivitis.
- Periodontitis.

Durante esta investigación se determinó que la patología más prevalente asociada a la mala higiene fue la periodontitis, a pesar que la mayoría de estudios en pacientes con prótesis removible presentan a la estomatitis protésica como la más prevalente. Esto se debe a que nuestro grupo de muestra estaba conformado por pacientes que había abandonado el uso de su prótesis removible.

Para prevenir este tipo de enfermedades es importante inculcar en el adulto mayor hábitos de higiene como:

- Lavar la prótesis fuera de la boca después de cada comida
- Lavar la mucosa cubierta por la prótesis al menos dos veces al día
- Retirar la prótesis antes de dormir. Esto ayudará a los tejidos a descansar.
- Limpiar el dorso de la lengua con un limpiador lingual.

También se recomienda el uso de adhesivos para la prótesis. Estos van a impedir que restos de comida y sustancias irritantes entren en contacto con la mucosa que se encuentra por debajo de la prótesis.

El uso de comprimidos desinfectantes como aditamento para el agua, en el cual se depositará la prótesis durante la noche es también muy aconsejable, ya que se encargará de limpiar la prótesis y de eliminar los microorganismos presentes y las manchas producidas por el tabaco, te o café.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Este trabajo investigativo se realizó por los problemas, incomodidades y patologías que los pacientes del asilo hogar Luis Plaza Dañín presentan con sus prótesis removibles, lo que los lleva a no usarlas, por lo que se presentan problemas estéticos, funcionales, morfológicos y psicológicos en el paciente, que al verse edéntulo parcial o total no puede cumplir con sus funciones cotidianas como alimentarse o socializar de manera óptima.

Estudios asocian la falta de dientes con la malnutrición ya que muchas personas edentulas parciales o totales que se reúsan a usar sus prótesis removibles tienden a cortar sus alimentos en trozos muy pequeños y evitan comer algunos alimentos que son muy necesarios.

La prótesis removible es uno de los tratamientos más usados por las personas edentulas totales y parciales, estas prótesis están sometidas a muchos estándares y procedimientos que de no ser cumplidas pueden provocar una mala adaptación lo que conlleva a patologías en las mucosas, huesos y ATM del paciente. La colaboración del paciente es también muy importante para garantizar el éxito del tratamiento, por lo que es importante informar al paciente de las normas de higiene y mantenimiento de la prótesis así también como de su tiempo de vida útil en boca.

La mayoría de las personas suelen preocuparse por su futuro como portadores de prótesis totales, ya que suelen pensar que en ese momento se privará su vida social y causará estrés. Muchas de ellas pueden conocer a otras personas que usan prótesis mal adaptadas. (Telles, 2011)

Al prolongar el tiempo de uso de las prótesis totales sin la debida preocupación de cambiarlas o darles mantenimiento en un tiempo determinado, que se estima cada 5 años, puede generar inestabilidad, dolor y aparición de alteraciones en los tejidos de soporte que están en contacto con la prótesis total, durante todas las funciones que realiza el paciente. Si a esta desadaptación protésica se suma el uso durante todo el día y en ocasiones durante toda la noche, se originarán lesiones más complejas y difíciles de tratar. (Díaz, Martell, & Zamora, 2007).

1.1.1 Delimitación del problema

Esta investigación se realizará en el asilo de ancianos “Hogar Luis Plaza Dañín” ubicado en la ciudad de Guayaquil, provincia Guayas, para determinar los factores más comunes que ha incidido en el grupo de muestra durante el periodo 2015-2016.

Se va a trabajar con adultos mayores de 60-90 años de edad.

Línea de investigación: Salud humana, animal y del ambiente.

Sublínea de investigación: Biomedicina y epidemiología.

Área: Pregrado

Periodo: 2015-2016

1.1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que inciden en el rechazo del adulto mayor del asilo Hogar Luis Plaza Dañín para el uso de prótesis removible en el año 2015-2016?

1.1.3 Subproblemas

¿Cuáles son los principales problemas que los adultos mayores presentan al usar sus prótesis removibles?

¿Cómo influye en el paciente el no uso de sus prótesis removibles?

¿Qué lesiones puede presentar el paciente cuando sus prótesis removibles se encuentran mal adaptadas?

¿Qué patologías puede presentar el paciente cuando no mantiene una buena higiene de sus prótesis removibles?

¿Cuáles son las normas de higiene que el paciente debe seguir?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Investigar los problemas más frecuentes por los cuales los adultos mayores del Hogar Luis Plaza Dañín en el periodo 2015-2016 se rehúsan a usar sus prótesis removibles mediante encuestas y charlas individuales al grupo de estudio con el fin de identificar y prevenir dichos problemas.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Identificar cuáles son los problemas más comunes que evitan que los adultos mayores usen sus prótesis removibles.
2. Determinar el estado de las prótesis que usan los pacientes.
3. Diagnosticar las patologías bucales presentes en el grupo de estudio.

1.3 Justificación

Este estudio se realiza ya que hay una incidencia elevada de adultos mayores que a pesar de tener una prótesis removible funcional no la utilizan.

Determinar los factores y su incidencia nos ayuda a corregir errores comunes y a evitar las consecuencias negativas que acarrea para ellos no usar sus prótesis removibles.

Los adultos mayores se encuentran olvidados por el sector de la salud oral, este tipo de pacientes requieren de un servicio y tratamiento odontológico más especializado debido a los problemas que acarrea su edad y estado mental.

Los beneficiados serán las personas que requieran del uso de prótesis removibles y los odontólogos que serán capaces de dar un servicio acorde a las necesidades del paciente.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Según un modelo de clasificación de funcionamiento y deficiencias de la OMS, la pérdida de piezas dentales, provoca deficiencia, discapacidad y minusvalía.

En 1982 un grupo de trabajo de la O.M.S. adopto como objetivo para la salud bucal "la conservación durante toda la vida de una dentición natural, funcional y estética de no menos de 20 dientes y que no requiera el uso de prótesis" (Basker y Mullance, 1997). El concepto de Arcadas Dentales Acortadas, descrito por Kayser (1997), quien basado en estudios previos, establece que la habilidad masticatoria suele ser suficiente siempre que se conserven 20 dientes bien distribuidos o 10 dientes con contacto oclusal en las arcadas dentales premolares. En caso que se conservan menos dientes se manifiestan molestias causadas por fatiga muscular y trastornos temporomandibulares.

En caso que se conserven menos dientes se manifestarán molestias causadas por fatiga muscular y trastornos temporomandibulares. Este concepto se contrapone con las pautas del tratamiento tradicional que han dictado la necesidad de arcadas dentales completas o de 28 dientes. Levin, 1974, citado por Kayser, (1997).

A esta situación se le suma la expectativa de vida la cual según la O.M.S. para 1997 fue de 73 años y la esperada en el 2025 es de 77 años, por lo que es lógico

pensar que en Ecuador también aumentará el porcentaje de la población que requiera de prótesis dentales removibles y gran parte de esta población no las usará debido a diversos factores.

Hay una elevada prevalencia de edentulismo, caries y enfermedad periodontal en los adultos mayores, por lo que se considera que por lo general presentan una salud oral deficiente y a esta situación se le suma el uso de las prótesis dentales removibles el cual altera las condiciones orales, causando queratinización y lesiones microtraumáticas en la mucosa de las zonas edéntulas, cuya etiología puede ser infecciosa, mecánica y/o alérgica por factores como la falta de higiene, las irregularidades superficiales, una prótesis mal adaptada lo cual favorece la formación de biofilm, permitiendo la acción de microorganismos en la mucosa.

La lesión de la mucosa oral más prevalente en portadores de prótesis removibles es la estomatitis protésica, el cual es un proceso inflamatorio que afecta la mucosa de soporte protésico. La prevalencia varía entre el 6,5% al 75% de acuerdo a la población en estudio. (Ximena Lee Muñoz y cols., 2015)

El principal factor etiológico de Estomatitis protésica es la presencia de levaduras del género *Candida*, que comienza a colonizar como comensal (20% a 70% de los sujetos sanos), pero que al producirse un desequilibrio hospedero-patógeno ya sea por algún fármaco o enfermedad se transforman en oportunistas. Entre las levaduras del género *Candida* la *Candida albicans* es la especie que comúnmente produce infecciones orales, comprendiendo hasta el 70% de los aislados. Del porcentaje restante *Candida dubliniensis* está involucrada en casos de resistencia antifúngica. (Ximena Lee Muñoz y cols., 2015)

Las dentaduras parciales removibles o dentaduras totales de los pacientes con candidiasis, deben mantenerse limpias y sumergirse toda la noche en hipoclorito de sodio diluido al 1% y ser enjuagadas muy bien antes de su uso.

La xerostomía aunque no es considerada como una enfermedad, ya que es un signo, puede ser el resultado de trastornos sistémicos o de implicar alteraciones de las glándulas salivales. Entre las causas de la xerostomía podemos incluir el uso de medicamentos, terapias de radiación o quimioterapia, alteraciones

psicológicas, terapia quirúrgica, enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico entre otras. . (Ximena Lee Muñoz y cols., 2015)

La xerostomía hace a los tejidos blandos más susceptibles a la desecación, desepitelización e injurias del medio ambiente, facilita la colonización por parte de la microbiota oportunista, y esto a su vez favorece la inflamación de las mucosas, infecciones locales, la presencia de ulceraciones dolorosas, queilitis angular, sensibilidad, ardor en la mucosa bucal y lengua con la consecuente dificultad para el paciente de comer, hablar, utilizar sus prótesis y dormir, lo que afecta su calidad de vida. . (Ximena Lee Muñoz y cols., 2015)

El constante frote sobre las encías con una prótesis mal ajustada por un largo período de tiempo, puede crear callos en la boca, estas son llamadas Epúlides. La lesión puede ser debido a los excesivamente amplios filosos márgenes o bridas de las dentaduras que conducen a una irritación crónica de los tejidos blandos. También pueden aparecer como una sola o múltiples pliegues de tejidos que crecen en exceso alrededor del área mucobucal de la garganta. El tejido de movilidad y continuo crecimiento pueden causar problemas en el mantenimiento de la retención de las dentaduras. Úlceras dolorosas es común en la base del pliegue. . (Ximena Lee Muñoz y cols., 2015)

2.2 Fundamentación científica o teórica

2.2.1 Prótesis dentales removibles

Se describe como prótesis es un elemento artificial destinado a restaurar estructuras anatómicas perdidas. En este caso va a reemplazar varias piezas dentales perdidas, restaurando la función, morfología y estética de la cavidad oral de un paciente, restaurando de igual forma las relaciones entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical.

2.2.1.1 Requisitos fundamentales de una prótesis

Las prótesis dentales deben de cumplir con distintos requisitos fundamentales los cuales son:

Requisitos estéticos

Para que el paciente se sienta tranquilo al saber que su prótesis pasa inadvertida por su aparente naturalidad, es de vital importancia para que el paciente mantenga relaciones sociales de manera adecuada.

Requisitos fonéticos

Para que este requisito se cumpla es necesario que después del periodo de adaptación el paciente sea capaz de hablar igual o de mejor manera de lo que antes lo hacía antes.

Requisitos biomecánicos

Son importantes para que el paciente pueda masticar y alimentarse naturalmente, siendo su prótesis una ayuda y no un impedimento.

Estos requisitos son:

- **Soporte:** Es la capacidad que tiene la prótesis para impedir que no se produzca impactación sobre las estructuras de apoyo como son la fibromucosa y hueso subyacente, es decir, es la capacidad de la prótesis de oponerse a la presión masticatoria.

Existen cuatro áreas de soporte:

1. Área de soporte primaria: Esta resiste las fuerzas verticales de la oclusión. Histológicamente está formada por una cortical de hueso protegida por una unión de tejido.
2. Área de soporte secundaria: Esta resiste las fuerzas laterales y ayuda en la resistencia de las fuerzas verticales de la oclusión.
3. Áreas de alivios: Estas causan una eventual resorción del hueso de soporte ya que causan inestabilidad en la prótesis y por ende disconformidad en el paciente.
4. Áreas de sellado: Estas son áreas de tejidos suaves, con la cual la periferia de la dentadura debe contactar para que los factores de retención sean efectivos.

- **Retención:** Es la relación que se establece entre los tejidos vivos y la prótesis que se oponen a que esta sea desplazada de su ubicación. Debe estar presente un sistema de retención eficiente que mantenga la prótesis en boca e impida que esta se caiga o salga de su posición, de no ser así las acciones como la masticación, deglución y fonética, se verían afectadas e incluso imposibilitadas.
- **Estabilidad:** Es la capacidad de resistir las distintas fuerzas de desplazamiento a que es sometida la prótesis sin que esta se mueva.

A medida que cambia la forma y el tamaño de los tejidos de soporte basa, se tornan más importantes las fuerzas musculares fisiológicas en la estabilidad de la prótesis removible.

Está dado por:

1. La altura de las crestas alveolares.
2. Las relaciones entre las crestas alveolares.
3. La morfología de las crestas alveolares.
4. La estructuración de la oclusión.
5. El control neuromuscular.

2.2.1.2 Tipos de prótesis dentales removibles

Las prótesis dentales removibles se pueden clasificar según su área de soporte en:

- Mucosoportadas
- Dentomucosoportadas
- Implantosoportadas

Según los materiales de los cuales se encuentran realizados en:

- Prótesis removibles de resina
- prótesis removible metálica o esquelética

Prótesis dentales mucosoportadas

Estas prótesis son aquellas que se soportan directamente sobre los procesos alveolares, estas son las llamadas comúnmente como “prótesis totales” ya que las confeccionamos para pacientes desdentados totales.

Son prótesis sin retenedores completos que muchas veces llevan retenedores circunferenciales simples. Es incapaz de impedir que se ejerza presión por el impacto masticatorio sobre los tejidos fibromucosos y sobre el hueso.

Se suelen colocar 14 dientes por arcada ya que omite la presencia de los terceros molares y en ocasiones dada la estructura de la boca del paciente se reducen el número de piezas a 12, se suele eliminar un premolar o un segundo molar.

Al no haber dientes pilares el soporte de la prótesis se basa en el contacto directo con la mucosa de los procesos alveolares y la mucosa palatina. Al estar la mucosa y la base de la prótesis húmedas, se crea una fuerza de unión que está en relación con la extensión de la prótesis, y con la tensión superficial de la saliva, esta interface de presión negativa mantiene sujeta la prótesis.

La sujeción y estabilidad de este tipo de prótesis depende de muchos factores y no todos los pacientes consiguen llevar la prótesis de manera confortable y satisfactoria.

Estos factores son:

- La forma y morfología de las arcadas dentarias, si el hueso se encuentra en un buen estado el soporte será mayor.
- La musculatura y las inserciones musculares ya que las fuerzas musculares que el paciente ejerza sobre la prótesis podrían hacer que esta sea expulsada.
- Prótesis mal adaptadas: Con esto nos referimos a las prótesis que presentan defectos desde su diseño hasta su construcción, cuyos contactos dentales no son los ideales.
- Factores psicológicos: Más comunes en pacientes geriátricos, a mayor edad más difícil es el adaptarse a la prótesis.

- Enfermedades de la boca: En ocasiones el paciente tiene enfermedades bucales preexistente, es importante el tratamiento de estas enfermedades antes de la confección de la prótesis dental.
- Sequedad oral: Por lo general es un efecto secundario en personas sometidas a diversos fármacos o tratamientos.
- Alergias a los materiales de las prótesis.

Las prótesis dentales deben de ser capaces de contrarrestar las fuerzas que actúan sobre ellas para mantener su retención, soporte y estabilidad. Estos tipos de fuerzas son:

- **Fuerza de tracción:** Son las cargas verticales en sentido opuesto al de inserción. Esta fuerza actúa sobre la retención.
- **Fuerzas compresivas:** Son cargas verticales en el sentido de inserción de la prótesis. Estas fuerzas actúan sobre el soporte.
- **Fuerzas horizontales:** Son cargas laterales, de flexión y rotación. Estas fuerzas actúan sobre la estabilidad.

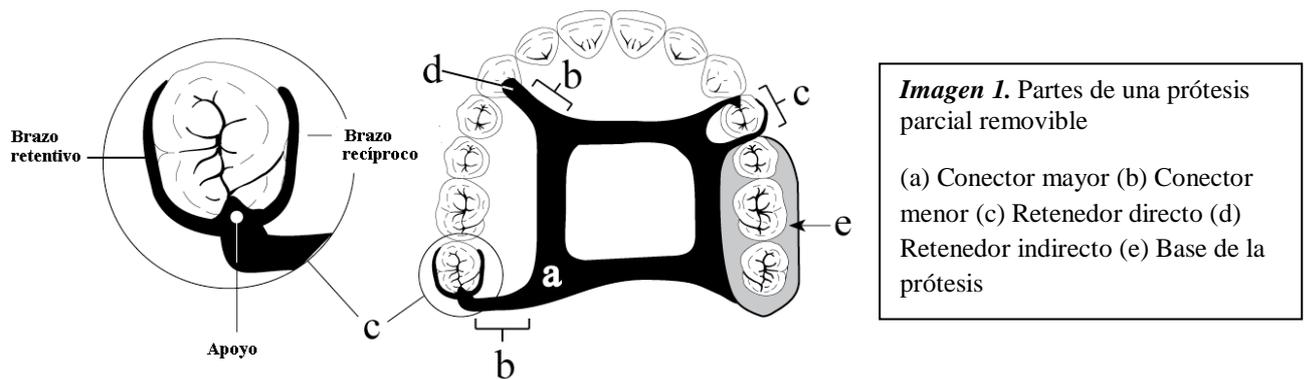
Prótesis dentales dentomucosoportadas

Son aquellas que como su nombre lo indica utilizan como soporte y anclaje la mucosa de los bordes residuales y las piezas remanentes.

La mayor extensión de la prótesis se encuentra en contacto con la mucosa que recubre los bordes alveolares edentes. Los dientes remanentes sirven como pilares para la retención, ya que en ellos se colocarán los retenedores que son los que proporcionan de una mayor estabilidad a la prótesis.

Los apoyos sobre las piezas dentales deben ser con retenedores o ganchos los cuales suelen ser metálicos, y rodean la pieza dentaria.

Partes de una prótesis parcial removible



Fuente (Loney R. 2011)

Es necesario conocer las partes de la prótesis dental removible y sus funciones.

Se consideran primero las que soportan las fuerzas principales.

Descansos

El principio básico del descanso es que este debe ser positivo y tiene que dirigir la fuerza funcional en el eje longitudinal del diente. Los descansos se colocan, preparan y construyen para controlar la dirección de la fuerza aplicada a la prótesis y a las estructuras que la soportan

Estos se diseñan y colocan para preservar las estructuras bucales de apoyo controlando:

- La posición de la prótesis con relación a los dientes.
- Ubicación con respecto al periodonto y otros tejidos de sostén.

Conectores mayores

Es la unidad de la prótesis parcial removible que conecta los componentes de un lado de la arcada dental a las del lado contrario del arco.

Su principal función es la de proporcionar rigidez y unificación a la prótesis.

- Conectores mayores inferiores: Es un conector mayor rígido en contacto directo con la mucosa que se encuentra en sentido lingual al arco dental, conectando los elementos de un lado de la arcada a los opuestos.
- Conector mayor superior: Es un conector mayor rígido que se encuentra en contacto directo con la mucosa del paladar duro y une a los componentes de un lado de la arcada a los opuestos., se puede diseñar de varias formas.

Conectores menores y placas proximales

Son partes sólidas y rígidas de la prótesis, que une otras partes como placas proximales con el conector mayor.

Funciones:

- Conservar la integridad del arco mediante la acción de refuerzo anteroposterior.
- Proteger contra la impacción alimentaria.
- Actuar como retenedores mediante el contacto friccional con las superficies guía paralelas en los dientes.
- Proveer reciprocidad al retenedor del aparato parcial.
- Preservar la salud del tejido blando en la unión del diente y el tejido eliminando vacíos.

Conectores de la base protetica

Es la parte de la prótesis que da un soporte estructural rígido y sólido para la unión del armazón de metal con la resina la cual contiene los dientes.

Retenedores

Son el componente de la prótesis removible que toca los dientes y ayuda a prevenir el retiro.

Este se posiciona en un diente pilar que sea capaz de resistir las fuerzas de desalajo, su capacidad de resistencia está influenciada directamente por la estabilidad y soporte proporcionado por los conectores mayores y menores.

El retenedor extracoronal o de tipo gancho está formado por un brazo flexible que encaja en la superficie externa del diente pilar.

Las aleaciones empleadas para un retenedor deben poseer flexibilidad la cual será proporcional a su grosor. Las que tienen el menor grosor y mayor rigidez son las de cromo-cobalto. Una desventaja de los retenedores de oro que para conseguir rigidez deben aumentar su grosor.

Principios de los retenedores

- Los ganchos en los dientes pilares deben estar diseñado para evitar la rotación del diente pilar.
- El apoyo oclusal debe prevenir el movimiento en sentido cervical.
- Debe tener un efecto de limitación de la libertad de movimiento, evitando movimientos en sentido horizontal.
- Asegurar la estabilidad del diente.

Base protetica

Es la porción de la prótesis que descansa directamente sobre los tejidos que recubren la zona edéntula. Una de sus funciones principales es la de sostener los dientes artificiales restaurando la dimensión vertical y la masticación; da soporte a la zona edéntula y apoyo al ATM.

Prótesis dentales implantosoportadas

El tratamiento protésico sobre implantes es una especialidad odontológica que ha experimentado un rápido desarrollo en los últimos años. Debido a la gran investigación científica que ha habido, esta materia se ha convertido en algo asequible y seguro para el paciente.

Aun así, los principios de construcción se diferencian de los de las prótesis convencionales. Por eso para tener éxito en este tipo de tratamiento, el protésico

debe de ser un profesional que domine todas las materias de la prótesis, ya que la prótesis implantosoportada requiere de los conocimientos necesarios de cada una de las modalidades de la prótesis convencional y de la cirugía maxilofacial. (Vila, 2002)

No debemos olvidar que la implantología se basa en la colocación de implantes para favorecer el anclaje de la prótesis dentales. Es importante que haya una colaboración mutua entre el odontólogo y el técnico dental desde el inicio del tratamiento para así poder realizar un estudio y diseño apropiado tanto de la prótesis como de los implantes, realizando un diagnóstico y una férula quirúrgica.

La diferencia entre la construcción de una prótesis convencional y una que está soportada por implantes radica principalmente en los mismos implantes, que a diferencia del diente natural que posee una membrana alveolar la cual facilita la amortiguación de las fuerzas o cargas dadas por la masticación; El implante se une directamente al hueso por osteointegración, sin esta interface del epitelio.

Biomecánica.

Es un conjunto de conocimientos derivados de la física que tiene como objetivo el estudio de las fuerzas mecánicas sobre los seres vivos y sus estructuras orgánicas. En la prótesis implantosoportada se destaca; El equilibrio, las cargas y el material.

Equilibrio

La posición, la cantidad, material, extensión y grosor de los implantes es muy importante a la hora de diseñar una prótesis. De ello depende que se generen pequeños o grandes Cantilevers, que en casos de extremos libres pueden ser muy perjudiciales para la futura osteointegración del hueso. Al igual que en la sustitución de una pieza única, existe el peligro del brazo de palanca. (Vila, 2002)

Cargas

El implante esta en reposo absoluto y sin ningún tipo de tensión cuando se encuentra en la primera fase de osteointegración. Las cargas oclusales empiezan

cuan la prótesis es colocada por primera vez a este paso se le denomina “cargar los implantes”.

Material

El material es imprescindible para la compatibilidad entre el implante y los tejidos y la prótesis implantosoportadas. De igual manera lo es para la asegurar una resistencia a la rotura y la amortiguación de las cargas oclusales.

Estructura

Cuando se menciona la estructura de una prótesis implantológica nos referimos a las estructuras internas. Por ser el “esqueleto”, es decir el soporte, esta parte debe de ser resistente con el fin de repartir de manera uniforme las fuerzas o cargas que esta reciba. Por esta razón siempre se escogen metales para su elaboración. El material idóneo dada su biocompatibilidad con los tejidos es el titanio. Este es de difícil elaboración y requiere de equipo muy costoso. Existe otro material que combinado con el anterior puede dar buenos resultados por su dureza y precio económico, este es el cromo-cobalto el cual no necesita de grandes inversiones en equipo costoso.

Estética

La estética aunque no es fundamental para el correcto funcionamiento de las prótesis implantosoportadas, si lo es en gran medida para el paciente y de no agradarle el resultado final el tratamiento se consideraría fallido. Conseguir una estética al gusto del paciente es uno de los objetivos más importantes. Hay que recordar que cada paciente es diferente y sus gustos se rigen por distintos factores como: su cultura, relaciones sociales, etc.

Todas las prótesis implantosoportadas deben de tener normas básicas de construcción que le permitirán al paciente tener una buena higiene, ya que la estética no debe interferir con una correcta higiene. Respetando siempre las normas higiénicas, se llevará a cabo una estética adecuada.

2.2.2 Problemas comunes al iniciar con una prótesis dental removible

Las prótesis dentales removibles son muy personales y no todos los pacientes que se someten a una tienen las mismas experiencias, pero algunas cosas son comunes en la vida de muchos pacientes que las emplean por primera vez.

2.2.2.1 Acostumbrarse a la prótesis dental

Por lo general se requieren de un par de semanas para que el paciente se acostumbre por completo a la prótesis dental. En un principio el paciente puede experimentar cierto dolor y molestia, pero a medida que pasan los días poco a poco se irá acostumbrando a la sensación nueva en su boca. Si transcurridas las primeras semanas el paciente aún siente molestias o dolor por la prótesis dental este deberá informar a su dentista, ya que esta podría estar mal adaptada y a lo largo provocar una patología.

Uno de los problemas más comunes es el morderse las mejillas y la lengua de forma involuntaria, esto se debe al hábito que presentaba el paciente de introducir la lengua y las mejillas en los espacios donde antes no se encontraban dientes.

Es recomendable quitarse la prótesis dental completa o parcial al menos ocho horas al día ya que los tejidos también necesitan descansar. Muchos usuarios de prótesis dentales eligen hacerlo durante la noche para no interrumpir sus actividades diarias.

Las primeras 2 semanas

La boca aún se está acostumbrando a la presencia de la prótesis dental, por lo que es común la sensación de cuerpo extraño en la boca, así como la secreción excesiva de saliva y la presencia de ulceraciones y dolor. Es recomendable que el paciente trague saliva con mayor frecuencia para reducir la cantidad de esta.

En esta etapa la movilidad de la prótesis es algo común en especial cuando el paciente come o habla, lo que ocasiona que el paciente se sienta inseguro durante su uso, se recomienda que el paciente aprenda a masticar simultáneamente de los dos lados, de esta forma el paciente notará una mejoría en la estabilidad de la prótesis.

Días 15 a 90

Dentro de este periodo de tiempo el paciente deberá tener mayor facilidad para hablar y comer, de igual forma la producción de saliva a este punto habrá disminuido.

El paciente deberá de intentar comer gradualmente vegetales, frutas y carnes de consistencia dura, conforme se sienta más cómodo el paciente. Para que la transición de los alimentos sea más fácil se puede considerar el uso de adhesivos dentales que no solo estabilizan la prótesis y ayudan grandemente en su retención sino que también impiden la entrada de alimentos entre la prótesis la encía.

De 3 meses a 1 año

En este lapso de tiempo el paciente ya deberá haberse acostumbrado a su prótesis dental. Con los cuidados e higiene adecuados el paciente deberá volverse a sentir como antes, o incluso mejor.

Un año o más

El paciente debe consultar al odontólogo al menos una vez al años para asegurarse de que su prótesis dental continúa ajustándose de manera correcta a su boca, ya que la prótesis no cambia, pero los tejidos que la soportan tienden a reabsorberse, en caso de que esto ocurra, el odontólogo realizará los ajustes necesarios durante estas consultas.

Con un cuidado adecuado la prótesis dental puede durar de 5 a 10 años, pero esto no significa que el paciente debe esperar este tiempo para consultar al odontólogo. Las consultas anuales le permitirá al odontólogo hacer un seguimiento e informarle cuando deberá reemplazar la prótesis.

2.2.2.2 Sensación en toda la boca

Es común que los pacientes que utilizan por primera vez una prótesis dental comenten que esta es demasiado grande y sienten que empujan los labios hacia adelante, esto les impide mover la lengua y tragar con facilidad, a algunas

personas incluso les cuesta respirar. Esa sensación es completamente normal y al poco tiempo se supera.

Los músculos masticatorios y faciales deben acostumbrarse a sostener de manera adecuado la prótesis y los dientes postizos, hasta que el paciente encuentre posición natural y que además sea estéticamente aceptable, en ese momento el paciente no tendrá conciencia de que está usando una prótesis. Aun así, el paciente debe ser consciente que la prótesis va a provocar un cambio en su boca, por lo que es muy importante que visite con regularidad al odontólogo.

2.2.2.3 Inflamación e irritación

Es normal un poco de inflamación e irritación durante la adaptación a la prótesis removible, sin embargo si el dolor continúa, se deberá consultar con el odontólogo, para este ajuste la prótesis, el uso adhesivos para prótesis puede evitar la entrada de partículas irritantes de alimentos.

2.2.2.4 Más saliva de lo normal

Es normal que el paciente presente un exceso de salivación provocado por la presencia de un cuerpo extraño en la boca. Esto es bueno ya que ayuda a que la prótesis se mantenga fija ya que forma una interface de presión negativa con la mucosa y actúa como un pegamento, En las bocas secas cuesta más trabajo que la prótesis se mantenga estable. Sin embargo este exceso de salivación pronto desaparecerá.

Esto provoca incomodidad en el paciente por lo que se le aconseja tragar saliva varias veces.

2.2.2.5 Reflejo nauseoso

Es posible que el paciente experimente un reflejo nauseoso a la hora de colocarse la prótesis (especialmente con la prótesis superior), se puede tratar de una reacción natural por colocarse un cuerpo extraño en la boca, también puede deberse a que la prótesis dental llega demasiado atrás en la boca lo que estimula el reflejo del vómito, si esto sucede el odontólogo deberá realizar los ajustes necesarios.

2.2.2.6 Dificultad para hablar

Al usar por primera vez una prótesis removible el paciente tendrá dificultad para hablar y pronunciar determinadas palabras.

De igual forma al pronunciar las primeras palabras el paciente podría pensar que su timbre de voz ha cambiado, esto no es así y se acostumbrará rápidamente.

Para acelerar la adaptación se le recomienda al paciente que lea en voz alta, de esta manera se acelera la etapa de control neuromuscular y se facilita la pronunciación.

2.2.3 Cambios en la salud oral del adulto mayor

La valoración del paciente geriátrico debe de incluir 5 aspectos fundamentales: salud física, salud mental, nivel socioeconómico, circunstancia del ambiente y estado funcional. Con la edad todas las células del cuerpo cambian y se deterioran, dando lugar a las alteraciones de la estructura y el funcionamiento vital de los órganos, sistemas y aparatos.

(Cardoso, 1995)

Los tejidos orales y periodontales se puede observar diferentes cambios como parte del proceso de envejecimientos. Estos cambios se pueden clasificar como:

- Los propios de cada tejido bucal.
- Los producidos por los medicamentos o elementos terapéuticos utilizados en estos pacientes.
- Los ocasionados por el deterioro sistémico.

La condición bucal de los adultos mayores tiene gran influencia en su nutrición ya que condiciona los alimentos que este puede consumir.

La razón principal del cambio nutricional es la disminución de la función sensorial de la boca. Esta alteración afecta a los adultos mayores independientemente de la cantidad de piezas dentarias que este posea. Se ha demostrado que los cambios propios de la edad disminuyen significativamente la percepción de la textura, dureza y el sabor de los alimentos, haciendo que decrezca su interés en alimentarse.

A medida que el paciente va perdiendo sus piezas dentales, disminuye su eficiencia masticatoria, aún si este utiliza prótesis.

Existen cambios que forman parte del proceso de envejecimiento, los cuales son:

- **Atrofia de la mucosa oral:** Los tejidos se vuelven más vulnerables a la presión y a los traumas producidos por la masticación, esto generará malestar en el paciente obligándolo a la selección de alimentos más blandos.

Existe atrofia del epitelio, disminución de la cantidad de células del tejido conectivo, disminución de la queratinización aumento de sustancias intercelular y descenso del consumo de oxígeno. Experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como el hábito de fumar, la dieta, el alcoholismo y la prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca.

- **Cambios en la saliva:** Los adultos mayores presentan diversos grados de disfunción salival, tanto en su cantidad como en la calidad. Los cambios se pueden deber a la acción de medicamentos o de tratamientos como la radiación en pacientes tratados por cáncer. o a la atrofia de las glándulas salivales cuyo tejido es reemplazado por tejido adiposo o conectivo como parte del proceso de envejecimiento. La disminución salival afecta a la fonética y dificulta la deglución de los alimentos.
- **Cambios en el tejido óseo:** El proceso de remodelación ósea que ocurre normalmente durante toda la vida y que en los adultos conserva un equilibrio entre la reabsorción ósea y la modelación de hueso nuevo, se altera con los años por causas hormonales o celulares, predominando a partir de los sesenta años la reabsorción sobre la formación del hueso. Los cambios óseos son más notables en las mujeres posmenopáusicas y en los hombres mayores de setenta años. En las mujeres después de la menopausia se produce una disminución de los niveles de estrógeno y de la capacidad de absorción y metabolismos del calcio. Se produce una mayor secreción de hormona paratiroidea incrementando la reabsorción ósea con el fin de mantener al calcio sérico. La consecuencia es la disminución de la densidad del hueso esponjoso y del hueso cortical.

Se ha demostrado a nivel mandibular que la osteoporosis y maxilares severamente reabsorbidos está ligada con rebordes mandibulares en filo de cuchillo. La pérdida prematura de las piezas dentales induce a la reabsorción de la altura de los rebordes maxilares, ya que es progresiva con el tiempo es más grave mientras más prematuras sean las extracciones.

- Cambios en los tejidos dentarios: Los dientes cambian de tamaño, posición, color y forma por modificación de los tejidos dentarios y por acción del medio bucal. Aun cuando la higiene y la oclusión sean las adecuadas, el uso constante hace que los dientes presente un desgaste fisiológico conocido con el nombre de atrición. A este hecho se le suma patologías como la caries, bruxismo, enfermedad periodontal u otros factores como el uso de materiales restauradores.

En los ancianos prevalece la caries radicular por encima de la coronaria debido a la reabsorción gingival y a la disminución del flujo salival.

- Cambios periodontales: El periodonto puede reaccionar al proceso de envejecimiento de dos formas: en los pacientes susceptibles se produce una retracción gingival, exponiendo el cemento y por tanto disminuyendo la resistencia las caries. En los pacientes con una higiene deficiente el acúmulo de placa forma provocará una gingivitis que con el tiempo puede derivar a una periodontitis.

La periodontitis es la mayor causa de pérdida dentaria en los pacientes a partir de los 35 años.

Los cambios descritos pueden estar presentes o no durante el envejecimiento, esto dependerá de diversos factores: hereditarios, ambientales, nutricionales, económicos y sociales.

Una dieta equilibrada que contenga los nutrientes esenciales para una buena nutrición es importante para mantener una buena salud bucal. Es importante mencionar que no solo es lo que ingerimos si no que la manera en la que lo hacemos es igual de importante, ya que malos hábitos masticatorios también son causantes de alteraciones bucales.

Los factores socioeconómicos también son muy importantes ya que estos pueden condicionar la calidad de vida que tiene el paciente así también como el acceso a diversos tratamientos preventivos e interoceptivos que aseguran una buena salud a nivel general y bucal.

2.2.4 Lesiones causadas por prótesis dentales mal adaptadas

Las prótesis mal adaptadas son aquellas que debido a un mal ajuste de diseño no consigue transmitir de forma homogénea las fuerzas oclusales o que ejercen una fuerza excesiva sobre los tejidos blandos provocando isquemia arterial y/o ulceración y dolor.

En otras ocasiones serán elementos químicos que componen los diferentes elementos de la prótesis los que ocasionen las reacciones mucosas, tanto por los restos del monómero libre (componente de las resinas) o por los diferentes metales que los componen.

Las lesiones clínicas que podemos encontrar en la mucosa oral son las siguientes:

- Erosiones-ulcerosas
- Hiperplasia papilar inflamatoria
- Estomatitis de contacto
- Hiperqueratosis friccional
- Granuloma telangiectásico
- Épulis fisurada
- Hiperplasia fibrosa

2.2.4.1 Lesiones erosivo-ulcerosas

Son las más frecuentes en el caso de prótesis removibles y no de los motivos principales de consulta en la práctica odontológica después de la caries, su presencia es común por exceso de movilidad, desajustes etc. Puede comenzar como la disminución del espesor y consistencia del epitelio de la mucosa en contacto con la prótesis.

El siguiente grado de lesión después de la atrofia es la erosión, en la cual se pierde parte del epitelio pero sin afectar al tejido conectivo.

Por último se produce la úlcera, esta lesión ya es dolorosa por la afectación del tejido conjuntivo, el tamaño de la úlcera puede variar dependiendo del tiempo de evolución de la misma y del tipo de fuerzas que lo originan.

Estas lesiones suelen ser de origen traumático y son de fácil reconocimiento en la exploración intraoral. Son más frecuentes en los adultos mayores de 60 años, debido a la atrofia propia del proceso de envejecimiento. Si se elimina la causa de la lesión esta desaparece en no más de dos semanas.

Las úlceras provocadas por debajo de las prótesis se caracterizan por la aparición de un dolor agudo de intensidad moderada, con la presencia de un área central blanco-amarillenta, de aspecto limpio y no hemorrágico con un halo eritematoso (Ruiz, 2005)

2.2.4.2 hiperplasia papilar inflamatoria

El uso continuo de una prótesis mal adaptada produce una lesión con aspecto verrugoso, "aframbuesado". También conocida como papilomatosis por dentadura protésica. Se caracteriza por la presencia de nódulos de 2-4 mm en la mucosa oral, eritematosos e hiperplásicos, situados bajo la base de una prótesis removible mal ajustada, junto con una higiene deficiente.

La hiperplasia papilar inflamatoria afecta únicamente a la bóveda palatina. Ésta es una observación clínica importante ya que el carcinoma verrugoso, una proliferación epitelial agresiva, suele afectar a la cresta alveolar y al vestíbulo, y puede extenderse al paladar, emulando una hiperplasia papilar inflamatoria.

Etiología

Prótesis mal adaptadas, mala higiene protésica, el uso continuo de la prótesis (24H), la presencia elevada de *Candida albicans*.

Características clínicas

Comienza como un aumento de volumen en forma de proyecciones papilares.

- De color generalmente rojo o rosado.
- De consistencia blanda o firme según su tiempo de evolución.
- Pueden ulcerarse y sangrar.
- Hay edema y presencia de tejido conjuntivo fibroso denso localizado.
- Se localiza en el paladar, aunque este no está cubierto en su totalidad por la lesión.

Tratamiento

- Confeccionar una nueva prótesis o estabilizar la que ya posee.
- Mantener una buena higiene.
- Uso de antifúngicos tópicos o sistémicos.
- Retirar las prótesis durante la noche.
- Tratamiento quirúrgico. Consiste en la extirpación del tejido hiperplásico, el cual puede realizarse con un bisturí, una fresa montada en micromotor, electrocoagulación o cirugía con láser.

Pronóstico

Posee un buen pronóstico ya que no posee evolución maligna.

2.2.4.3 Estomatitis de contacto

Es una lesión mucho menos frecuente de lo que se podría suponer.

Las zonas más afectadas con la mucosa gingival y los labios. Es una reacción ante el contacto de una sustancia que puede ser un alérgeno o un irritante. Su causa más frecuente es la presencia de monómero residual del acrílico.

No hay que olvidar que también puede estar causada por sensibilidad a diversas sustancias tales como alimentos o medicamentos a parte de los materiales y aparatologías usadas en odontología.

Signos y síntomas

- Edema, Eritema y tumoración.
- Sensación de quemazón.

- Sensibilidad al tacto.
- Sensibilidad a los cambios de temperatura, tanto al frío como al calor.

2.2.4.4 Hiperqueratosis friccional

Es una manifestación protectora de la mucosa bucal provocada por el frotamiento crónico, el trauma continuo o la fricción sobre la mucosa. No es un proceso que pueda tener una evolución maligna.

Cuando su origen es una prótesis removible suele ubicarse en los rebordes alveolares.

Características clínicas

- Se presenta como áreas blanquecinas, queratóticas.
- no es desprendible al raspado.
- Es asintomático

Histopatología

- Se observa una hiperqueratosis, y un grado variable de acantosis.
- El tejido conjuntivo subyacente presenta infiltrado inflamatorio crónico.

Diagnóstico diferencial

Clínicamente estas lesiones blancas no se distinguen de otras lesiones blancas como por ejemplo:

- Leucoedema.
- Nevo blanco esponjoso.
- leucoplasia idiopática
- Liquen plano placoide
- Candidiasis crónica hiperplásica

El diagnóstico se corrobora con la histopatología

Tratamiento

Consiste en eliminar la causa de la lesión y esta se resuelve rápidamente.

2.2.4.5 Granuloma telangiectásico

También conocido en la literatura como granuloma piógeno. Es una lesión de la cavidad oral de naturaleza no neoplásica. En el pasado se cría que su origen estaba relacionado con agentes infecciosos, en la actualidad se conoce que es un desarrollo reactivo focal de tejido de granulación o fibrovascular, con proliferación en el endotelio, lo cual no tiene relación con ninguna bacteria.

Etiología

El granuloma piógeno se presenta por una respuesta tisular exagerada a una irritación local o a un traumatismo.

Características clínicas

- Se presenta como una masa lisa o lobulada, generalmente pediculada.
- Es una elevación de base ancha mal delimitada.
- Su color varía entre rosa, rojo y púrpura dependiendo del tiempo de evolución de la lesión.
- Sangra con facilidad, entre más grande sea más tiende al sangrado.
- En algunos casos puede presentar un crecimiento rápido.
- Su tamaño puede variar desde pocos milímetros hasta varios centímetros de diámetro.
- Muestra predilección por la encía aunque puede presentarse en otros sitios como los labios.

Histopatología

Está formado por tejido conjuntivo fibroso, denso y laxo, con proliferación endotelial, con infiltrado inflamatorio mixto, difuso, cubierto por epitelio escamoso estratificado.

Es posible observar una infiltración leve o densa de leucocitos polimorfonucleares, plasmocitos y linfocitos.

Diagnóstico diferencial

- Diapneusia

- Sarcoma de kaposi
- Granuloma periférico de células gigantes
- Fibroma periférico
- Melanoma

Tratamiento

Consiste en la extirpación quirúrgica llegando hasta el periostio, en los casos de desarrollo durante el embarazo el tratamiento debe ser diferido.

La escisión quirúrgica es el tratamiento más común, sin embargo este puede dejar cicatrices. El uso de tratamientos más conservadores como la cirugía con láser o la criocirugía se han propuesto para reducirlo.

También se puede utilizar una serie de inyecciones de corticosteroides intralesionales, especialmente cuando esta es muy recurrente.

2.2.4.6 Épulis fisurada

Una prótesis mal adaptada puede generar trauma crónico en el área de soporte de la prótesis y producir la hiperplasia que se conoce como épulis fisurada. Es considerada como una lesión hiperplásica inflamatoria reactiva.

Etiología

La épulis fisurada es el resultado de la irritación crónica en la mucosa de la encía o en el surco vestibular por el borde de una dentadura mal ajustada.

Características clínicas

- Es más común en las mujeres.
- La incidencia aumenta con la edad.
- Se desarrolla más comúnmente en la periferia vestibular o bucal de una prótesis.
- Aumento de volumen en forma de cordones que se disponen paralelamente al reborde alveolar.
- Es más común cuando se posee dientes naturales antagonistas.
- Pueden ser maxilares o mandibulares.

- Generalmente es asintomático.
- Puede alcanzar un tamaño considerable.
- A diferencia del granuloma telangiectásico no sangra con tanta facilidad.
- De consistencia firme.
- Color rosa pálido o rojo si está erosionado.
- Cuando lleva mucho tiempo de evolución se torna más pálido que el resto de la mucosa adyacente.

Tratamiento no quirúrgico

- Efectividad limitada.
- Remoción de la prótesis.
- Prótesis aliviada sobre el área y colocación de acondicionador de tejido.

Tratamiento quirúrgico

Áreas extensas de tejido hiperplásico provocan una pérdida inevitable de profundidad del surco después de una escisión simple.

- Destrucción del crecimiento por crio-cirugía: Es una técnica no invasiva con una pequeña molestia para el paciente. Pueden ser necesarias varias visitas para completar el tratamiento de áreas extensas ya que la profundidad de destrucción del tejido es limitada, sin embargo, el tejido residual puede ser recongelado. La herida sana con una pequeña pérdida de profundidad.
- Escisión con láser de dióxido de carbono y vaporización de la base: La destrucción del tejido es cumplida rompiendo la arquitectura de las células. Convierte al fluido intra y extracelular en vapor.
Un rayo láser halógeno de bajo poder es activado cuando el rayo de dióxido de carbono está apagado. Este muestra al cirujano donde golpeará el rayo de dióxido de carbono cuando sea encendido.
Las áreas extensas de tejido hiperplásico pueden ser destruidas precisa y rápidamente si pérdida de profundidad del surco.

Pronóstico

El pronóstico es favorable si la prótesis es reajustada o cambiada por una nueva, sin embargo si el factor causal persiste, el tejido se volverá más fibroso con el tiempo.

2.2.4.7 Hiperplasia fibrosa

La hiperplasia fibrosa es una lesión caracterizada por el agrandamiento del tejido conectivo.

Se ha determinado una relación directa de la hiperplasia fibrosa con el aumento del periodo de uso de la prótesis removible. La mayoría de los casos han sido reportados en adultos entre los cuarenta y sesenta años. La prevalencia es mayor en el sexo femenino debido a que las mujeres tienden a utilizar por más tiempo las prótesis removibles por motivos estéticos.

Se encuentra con mayor frecuencia en la región del surco vestibular y en menor medida en el reborde alveolar mandibular.

Etiología

Su etiología es variada y está asociada a agentes irritantes como: prótesis removibles o aparatología ortodóntica mal ajustadas o sobreextendidas, malposición dental, calculo y por desequilibrios hormonales.

Características clínicas

- Se presenta como agrandamiento gingival de tejido conectivo.
- Es de crecimiento lento.
- Generalmente es asintomático.
- De color rosa pálido semejante a la mucosa adyacente y rojo si se encuentra ulcerado, semejando un granuloma piógeno.
- Su diámetro puede variar de menos de 1 cm a lesiones grandes que pueden afectar la totalidad del vestíbulo.
- Su consistencia puede variar de firme a flácida.
- sangra fácilmente al cepillado.

Histopatología

En su histología se caracteriza por una sobreproducción de tejido conjuntivo fibroso, rico en fibras de colágeno y fibroblastos, delimitado por epitelio escamoso superficial; existe presencia de infiltrado inflamatorio crónico (linfocitos y células plasmáticas, principalmente y ocasionalmente leucocitos polimorfonucleares) y pocos vasos sanguíneos. (Romero, Quiroz, De León Torres, & Ruiz, 2011)

El aspecto del tejido conjuntivo varía de acuerdo al grado de desarrollo de la lesión. En algunos casos la misma lesión puede presentar diferentes aspectos microscópicos.

Diagnóstico diferencial

- Granuloma piógeno.
- Fibroma traumático.
- Fibromatosis gingival.
- Granuloma del embarazo.
- Hiperplasia papilar inflamatoria.
- Hiperplasia gingival inducida por fármacos.

Tratamiento

La elección del tratamiento se da de acuerdo a la severidad de la lesión; en lesiones pequeñas basta con la remoción del agente causal, mientras que las lesiones más extensas y de mayor evolución necesitarán de la escisión quirúrgica y de la remoción del agente causal.

Pronóstico

Siempre y cuando el factor irritativo sea eliminado su pronóstico será bueno. El índice de recidiva es muy bajo.

2.2.5 Patologías causadas por mala higiene oral

La mala higiene bucal es un factor de riesgo fundamental en la salud oral del adulto mayor. Los pacientes que poseen prótesis parciales removibles suelen

perder los dientes pilares por caries o enfermedad periodontal debido a una mala higiene de la prótesis sumado a que muchos no la retiran al dormir.

La higiene de las prótesis dentales removibles es muy importante para la salud de los tejidos de soporte. Este conjunto de tejidos está inmerso en un medio donde se detectan numerosos microorganismos que constituyen la flora microbiana bucal. Este sistema ecológico puede encontrarse en equilibrio o bien sufrir alguna alteración y desequilibrarse, lo que ocasionaría las patologías de causa infecciosa.

Las enfermedades causadas por mala higiene que forman parte de los factores de incidencia que provocan el rechazo de una prótesis son:

- Candidiasis.
- Estomatitis protésica.
- Gingivitis.
- Periodontitis.

2.2.5.1 Candidiasis

Es una infección micótica causada por diversas variedades del hongo cándida en especial la cándida albicans. Estos hongos se pueden encontrar formando parte de la microbiótica normal de la boca, en especial a nivel de la lengua, paladar y mucosa oral. La candidiasis se desarrolla cuando las condiciones bucales permiten la proliferación más allá de los niveles normales del hongo cándida en la boca.

Se considera la edad un factor de riesgo para el desarrollo de esta infección, tanto desde el punto de vista fisiológico como patológico. Desde el punto de vista fisiológico tenemos:

- La atrofia de la mucosa.
- Alteración en la cantidad y calidad de la saliva.
- Traumatismos producidos por la prótesis mal ajustada.

Desde el punto de vista patológico:

- Enfermedades sistémicas e inmunodepresoras.
- Administración de corticoides y antibióticos de amplio espectro.
- Recibir quimioterapia.

Signos y síntomas

- Lesiones aterciopeladas y blanquecinas en la boca y en la lengua.
- Debajo del material blanquecino el tejido se encuentra enrojecido y sangra con facilidad.
- Dolor al tragar.
- Las lesiones pueden aumentar en tamaño y número.

Pruebas y exámenes

El odontólogo casi siempre es capaz de diagnosticar la candidiasis oral durante el examen intraoral, ya que las úlceras tienen una apariencia distintiva.

Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes:

- Examen microscópico de raspados bucales.
- cultivo de lesiones bucales.

Tratamiento

Se prescriben enjuagues bucales antimicóticos con nistatina o tabletas antibióticas para chupar en el caso de tener una candidiasis bucal grave o el sistema inmunológico debilitado.

Pronóstico

En el adulto el pronóstico a largo plazo dependerá del sistema inmunológico del paciente y de la causa del problema inmunológico del paciente.

2.2.5.2 Estomatitis protésica

La estomatitis protésica también llamada estomatitis subplaca es una patología de tipo inflamatorio oral de la mucosa de la zona donde se apoya la base de la prótesis removible, ya sea esta parcial o completa, metálica o acrílica.

Clasificación

Se puede dividir a la estomatitis protésica en tres grupos:

- Tipo I: Estomatitis protésica localizada simple: Es una inflamación de carácter local, que se manifiesta como un punteado rojizo sobre la mucosa que se encuentra debajo de una prótesis. Se relaciona con el trauma por la prótesis.
- Tipo II: Estomatitis protésica difusa simple: Es una lesión inflamatoria propiamente dicha. Se caracteriza por la inflamación difusa y enrojecimiento general de la mucosa que se encuentra por debajo de la prótesis.
- Tipo III: Estomatitis protésica granular: Se caracteriza por la hiperemia de la mucosa y aspecto nodular en el área recubierta por la prótesis.

Etiología

Es de etiología multifactorial, incluyendo diversos factores como la mala higiene, el uso prolongado de las prótesis, traumatismos causados por las prótesis.

La prótesis va a impedir el proceso de autolimpieza dado normalmente por la saliva y el agua, esto favorece la proliferación de hongos y bacterias que se encuentran normalmente en la boca y pasan de ser saprófitos a patógenos. También favorece el acúmulo de placa bacteriana entre la prótesis y la mucosa bucal. Este aumento de placa y microorganismos produce una mayor disposición a la estomatitis.

Características clínicas

- Clínicamente se presenta como una mucosa eritematosa y atrófica debajo de una prótesis removible.
- Es mucho más frecuente en el paladar, donde dibuja perfectamente la prótesis.
- Tiene una mayor incidencia en las mujeres.
- Puede causar sensación de quemazón o picor, pero en la mayoría de los casos es asintomático.

Diagnóstico

Este es principalmente clínico. Generalmente el paciente no refiere sintomatología por lo que su diagnóstico suele ser durante una revisión rutinaria. El dolor y sangrado es raro y a menudo se encuentra asociado a glositis.

En algunos casos debido a su relación con los hongos puede hacerse un estudio microbiológico.

Es importante, el análisis minucioso de la prótesis, comprobando su estado de limpieza, retención, apoyo y dimensión vertical.

(Durán Porto A., 2002)

Prevención

En los adultos mayores portadores de prótesis se debe realizar un programa de prevención que incluye la profilaxis y eliminación de residuos de placa bacteriana tanto en la prótesis como en los dientes remanentes en el consultorio en intervalos de tiempo no mayores de 6 meses. Es importante instruir al paciente en una buena higiene oral.

Tratamiento

El tratamiento consiste en enseñar al paciente hábitos de higiene propios y de la prótesis. Se le debe indicar dormir sin la misma y colocarla en una solución con clorhexidina a concentración entre el 0.2% y el 2%.

Se indicará tratamiento antimicótico si el paciente refiere dolor o ardor, los agentes antifungicos pueden ser tópicos o sistémicos.

En caso de que la estomatitis protésica sea causada por el desajuste de la prótesis difícilmente desaparecerá si no se realizan los ajustes adecuados.

2.2.5.3 Gingivitis

Se conoce como gingivitis a la inflamación de las encías. Generalmente causado por el sarro y las bacterias como agente irritante. Los procesos inflamatorios e

inmunes actúan en los tejidos gingivales para protegerlos contra el ataque microbiano.

La gingivitis es una forma leve de enfermedad de las encías. Esta forma de enfermedad periodontal no causa pérdida de hueso ni de los tejidos de soporte del diente.

Se caracteriza clínicamente por cambios:

- De color.
- De forma.
- posición.
- consistencia de las superficies gingivales.
- presencia de sangrado.

Estas alteraciones se dan a los pocos días del crecimiento bacteriano sobre la porción cervical de la superficie dentaria. La colonización bacteriana comienza a las 20 o 72 horas si no es retirada correctamente.

Al cabo de 10 a 20 días de acumulación de placa bacteriana se establece la inflamación acompañada de sangrado al sondeo suave.

Las especies microbianas asociadas a la gingivitis son: Gram positivas, aerobias, sacarolíticas

- Estreptococos.
- Fusobacterium.
- Actinomicetes.
- Treponema.
- Bacteroides.
- Eikenella.

Características clínicas

- Sangrado de las encías.
- Encías de color rojo brillante o púrpuro.
- Encías inflamadas.

- Úlceras bucales.

Factores locales que favorecen a la gingivitis

- Mal cepillado.
- Mala higiene bucal.
- Prótesis dentales mal adaptadas.
- Material restaurador sin pulir.
- Respiración bucal

Factores de orden sistémico que favorecen a la gingivitis

- Diabetes, Leucemia, anemia.
- Pubertad.
- Menopausia.
- Medicamentos.
- Embarazo.

Clasificación de la severidad de la gingivitis

1. Inflamación media: Con ligero cambio de color y edema, sin hemorragia al sondeo.
2. Inflamación moderada: Enrojecimiento, edema y superficie brillante, hemorragia al sondeo.
3. Inflamación grave: Con enrojecimiento y edema marcados, Ulceración y tendencia a hemorragia espontánea.

Clasificación por su evolución y duración

- Gingivitis aguda: Es dolorosa, se presenta de improviso, de corta duración, de color rojo intenso, hay supuración y sangrado.
- Gingivitis subaguda: Presenta los mismos síntomas que la aguda, pero tiende a ser menos grave.
- Gingivitis crónica: Es indolora, de evolución lenta, hay inflamación, poca hemorragia, encía de color rojo oscuro.
- Gingivitis recurrente: Aparece de manera espontánea después de haber desaparecido por el tratamiento.

Clasificación de acuerdo a su localización

- Localizada: Está limitada a la encía de uno o pocos dientes.
- Generalizada: Afecta a toda la boca.
- Marginal: Afecta principalmente al margen gingival. Puede incluir una porción de la encía insertada continua.
- Papilar: Afecta a la papila interdental. Los principales signos de la inflamación gingival por lo general ocurren en la papila.
- Difusa: Afecta al margen gingival, encía insertada y papila interdental.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es reducir la inflamación y controlar la infección.

El odontólogo realizará una limpieza profunda para retirar la placa bacteriana por medio de una técnica llamada raspado y alisado utilizando curetas y/o cavitron.

Se debe instruir al paciente en la correcta técnica de cepillado e hilo dental.

Se recetará antiinflamatorios, analgésicos y enjuagues antimicrobianos.

2.2.5.4 Periodontitis

La periodontitis o piorrea ocurre cuando se deja que la gingivitis avance sin tratamiento. La infección se propaga desde las encías hasta el periodonto y compromete los tejidos de soporte del diente, la destrucción de los tejidos de soporte hace que los dientes se aflojen y se caigan. La periodontitis es la principal causa de la pérdida dentaria en el adulto.

La inflamación hace que se formen bolsas entre el diente y la encía. El contenido de estas bolsas periodontales comprende: pus, cálculo, sangre, bacterias gram positivas y negativas, leucocitos, células muertas, placa dentobacteriana y contenido granulomatoso.

Características clínicas

- Inflamación crónica de las encías.
- Formación del saco periodontal.

- Pérdida de hueso alveolar.
- Migración patológica de las piezas dentales.
- Movilidad dentaria.
- Sangrado al sondaje.
- Puede haber cambio de color en la encía.
- Presencia de microorganismos anaerobios.
- Recesión gingival.
- Papilas achatadas.
- Mal aliento.

Factores locales

- Tártaro.
- Disturbios endócrinos.
- Bacterias gram negativas.
- mal cepillado.
- tabaquismo y alcoholismo.

Factores iatrogénicos

- Restauraciones defectuosas.
- Restauraciones desbordantes.
- Prótesis dentales mal adaptadas.
- Coronas subgingivales.

Clasificación de la actividad periodontal

- Gingivitis
- Periodontitis inicial o leve: Hay profundidad de bolsa de 3-4mm. Progresión de la inflamación gingival hacia las estructuras de soporte, con ligera pérdida de inserción del tejido conectivo y hueso alveolar.
- Periodontitis moderada: Hay profundidad de bolsa de 5-6mm. Aumento de destrucción de las estructuras periodontales y pérdida de soporte óseo, la cual puede ser horizontal o vertical. Puede haber aumento de movilidad del diente.

- Periodontitis avanzada: Al sondeo periodontal presenta bolsas de 7, 8 9mm, hay pérdida de hueso y de la adherencia epitelial, por lo que se produce movilidad dentaria. Los tejidos periodontales están más comprometidos, Pueden formarse abscesos periodontales por la profundidad de la bolsa.

Clasificación según la edad del paciente

- Periodontitis prepuberal: De 1-10 años, puede ser localizada o generalizada. Es una enfermedad periodontal rara, cuya aparición se da durante la dentición decidua. Hay una destrucción ósea rápida, generalizada y severa.
- Periodontitis juvenil: de 11-20 años, puede estar asociada a la diabetes, Papillon lefevre y otras enfermedades sistémicas. La destrucción ósea está localizada generalmente en los primeros molares permanentes. Puede existir destrucción ósea generalizada a nivel de los incisivos permanentes.
- Periodontitis rápidamente progresiva: Se da en pacientes de 21 a 36 años. Los factores locales son mínimos, con destrucción ósea, severa, generalizada y rápida.
- Periodontitis de adulto: A partir de los 36 años. Es la forma más común y crónica de la periodontitis. La presencia de la placa es comparable con la progresión de la enfermedad.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es eliminar la infección, inflamación y bolsas periodontales.

Es necesario alisar las superficies ásperas de los dientes y reparar las prótesis dentales.

El tratamiento suele ser el mismo que el de la periodontitis pero a éste se le agrega el uso de antibióticos. Dependiendo de la gravedad y desarrollo de la enfermedad es posible que el paciente necesite tratamiento quirúrgico para abrir y limpiar las bolsas periodontales profundas y brindar soporte óseo. También es

probable que el odontólogo deba realizar la extracción de una o varias piezas dentarias que no cuenten con el soporte mínimamente necesario.

Pronóstico

Esto va a depender del grado de desarrollo de la enfermedad y de la higiene que el paciente presente en su casa.

2.2.6 Normas de higiene

Es necesario inculcar en el adulto mayor normas de higiene bucal, en especial si este es portador de prótesis dentales removibles con el fin de disminuir el riesgo de aparición de lesiones bucales.

Los hábitos de higiene que debe llevar el portador de prótesis removibles son los siguientes:

- Lavar la prótesis fuera de la boca después de cada comida usando un cepillo de dientes y jabones como lavavajillas líquido, después enjuagar con abundante agua.
El uso de dentífricos para lavar este tipo de prótesis está contraindicado ya que provoca el deterioro de la capa externa de la prótesis que con el tiempo perderá brillo, aumentará su porosidad y por ende facilitará la agregación bacteriana.
- Lavar y masajear la mucosa cubierta por la prótesis al menos dos veces al día con un cepillo especiales que constan de filamentos suaves y aterciopelados.
- Se debe retirar la prótesis durante la noche. Mientras la prótesis esta fuera de boca es recomendable dejarla en un vaso con agua añadiéndole comprimidos desinfectantes, que limpian la prótesis sin dañarla y eliminan las tinciones procedentes del té, café y el tabaco. De no contar con estos comprimidos también se puede colocar en soluciones de clorhexidina en una concentración del 0.2 al 2%.
- Limpiar el dorso de la lengua con un limpiador lingual.

2.3 Fundamentación 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 en 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.

2.4 Definiciones conceptuales

- **Atrición:** Es el desgaste fisiológico y lento del esmalte por el contacto dental durante la oclusión.
- **Atrofia:** Disminución del volumen de un tejido u órgano debido a causas fisiológicas o patológicas.
- **Bruxismo:** Es el hábito de apretar o rechinar los dientes de manera inconsciente.
- **Calcio sérico:** Examen de sangre para medir la cantidad de calcio en el suero.
- **Cantilevers:** Prótesis soportada solo por uno de sus extremos.
- **Clorhexidina:** Es una sustancia antiséptica de acción bactericida y fungicida.
- **Diapneusia:** Lesión que consiste en la herniación de la mucosa yugal producida por la succión de la mucosa ante la falta de un diente.
- **Edema:** Acumulación de líquido en algún órgano o tejido que puede presentar un aspecto de hinchazón blanda.
- **Edente:** Del francés édenté que significa “sin dientes”
- **Endotelio:** Tejido formado por una sola capa de células que tapiza cavidades internas.

- **Epitelio:** Tejido constituido por células íntimamente unidas que tapiza la superficie externa del cuerpo y de ciertos órganos internos.
- **Eritema:** Enrojecimiento debido al aumento de la sangre contenida en los capilares.
- **Escisión:** Extirpación quirúrgica de un órgano, tumor o tejido.
- **Estomatitis:** Inflamación de la mucosa bucal.
- **Fibroma periférico:** Lesión tumoral ubicada en la submucosa oral o ligamento periodontal causada por irritación crónica que transforma el tejido de la mucosa en tejido fibroso.
- **Granuloma periférico de células gigantes:** Lesión tumoral benigna que aparece como respuesta exagerada de los tejidos de la membrana periodontal o el periostio ante una agresión local.
- **Granulomatoso:** Adjetivo que se refiere a que algo está formado por pequeños nódulo.
- **Isquemia:** Disminución de detención del flujo sanguíneo a través de las arterias en una zona determinada.
- **Leucoedema:** Lesión blanca del epitelio oral por acumulación de líquido.
- **leucoplasia idiopática:** Presencia de placas blanquecinas en la mucosa sin causa desencadenante.
- **Liquen plano:** Enfermedad inflamatoria que puede afectar la piel y mucosa, tanto oral como genital.
- **Lobulado:** adjetivo que se refiere a que algo tiene una forma redondeada y saliente.
- **Melanoma:** Tumor maligno y pigmentado.
- **Microbiota:** Conjunto de microorganismos que se encuentran de manera normal en diferentes tejidos del cuerpo.
- **Nevo blanco esponjoso:** Enfermedad hereditaria que afecta la queratinización normal de la mucosa formando placas blancas, gruesas y difusas.
- **Paciente geriátrico:** Paciente de edad avanzada con trastorno funcional físico y/o psíquico.
- **Periodonto:** Tejido de soporte que fijan al diente dentro del alveolo.

- **Saprotrofia:** Dependencia de un organismo a nutrirse de los residuos de otro.
- **Sarcoma de Kaposi:** Tumor canceroso de tejido conectivo que suele estar relacionado con el sida.
- **Úlceras:** Lesión abierta de piel o membrana mucosa con pérdida de sustancia
- **Xerostomía:** Sensación de sequedad en la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales.

2.5 Hipótesis y variables

Un porcentaje significativo de pacientes que poseen prótesis dentales rechazan su uso debido a una mala adaptación por parte del odontólogo y la presencia de enfermedades y lesiones bucodentales, lo que afecta su vida cotidiana y su salud.

2.5.1 Declaración de variables

Variable independiente: Estado de la prótesis.

Variable dependiente: Lesiones bucales.

2.5.2 Operacionalización de las variables

Variables	Definición	Dimensiones o categorías	Indicadores	Fuente
Variable Independiente Estado de la prótesis	Cuando hablamos del estado de la prótesis nos referimos a su elaboración y diseño por parte del odontólogo y el técnico dental y al mantenimiento y cuidado que el paciente le dé.	Prótesis mal adaptadas.	Prótesis con bordes agudos y cortantes, muy ajustadas, muy flojas o prótesis sobreextendidas.	(Andes, 2007)
		Prótesis con poco control higiénico.	Prótesis con mal olor, manchadas, con superficie porosa y acumulación de placa bacteriana.	

Variable Dependiente Lesiones bucales	Las lesiones de la cavidad oral engloban a todas aquellas alteraciones que por diversos factores producen un estado patológico en el paciente.	Lesiones causada por prótesis mal adaptadas.	Mucosa ulcerada, hiperplásica, enrojecida en lugares donde la prótesis	(Saint-Gerons, Ruiz, & Rojas, 2004) (Romero et al., 2011)
		Lesiones causada por mala higiene.	Mucosa ulcerada, enrojecida y sangrante en el área de soporte debajo de una prótesis. Encía libre y adherida enrojecida, retraída, con presencia de cálculo y placa bacteriana.	

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de investigación

- El diseño de esta investigación es Cualicuantitativo debido a que se determinará cuáles son las principales razones por las que los adultos mayores no utilizan sus prótesis removibles y cuáles son las más comunes.
- Es de tipo descriptivo transversal.

3.2 Población y muestra

La muestra fue extraída del 33% de la población total que es de 75 dando un resultado de 44 del cual 23 pacientes entre las edades de 60 a 90 años se reusaban a usar sus prótesis removibles, sobre esa muestra se realizó el estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes dispuestos a colaborar.
- Pertenecientes de ambos sexos.
- Pacientes de 60 a 90 años.
- Portadores de prótesis removibles que se niegan a usarla.
- Con presencia de patologías bucales o con prótesis mal adaptadas.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no desean colaborar.
- Pacientes que no sean portadores de prótesis removibles.

- Pacientes que no presentan problemas con el uso de sus prótesis removibles.

3.3 Métodos, Técnicas e instrumentos

- El estudio Utiliza los métodos: deductivo porque el problema se basa en leyes ya establecidas, podemos deducir que los adultos mayores no usan sus prótesis removibles porque estas les producen molestias y de esta premisa partimos con la investigación y es analítico porque se efectuara un análisis del problema para conocer sus posibles causas y consecuencias.
- Las técnicas a emplear son: las encuestas las cuales serán dirigidas a los residentes portadores de prótesis removibles del asilo Luis Plaza Dañin y la observación mediante el diagnóstico de la cavidad bucal de los residentes portadores de prótesis removible del asilo Luis Plaza Dañin
- Instrumentos de recolección de datos a utilizar: notas de campo y encuestas

3.4 Procedimiento de la investigación

En primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de estar preparada para la inspección bucal de los pacientes. Se realizó una visita al asilo hogar Luis Plaza Dañin, se interrogó a personas escogidas al azar acerca de si poseían o poseyeron alguna vez una prótesis dental removible, si la respuesta era afirmativa se les preguntaba si la usaban regularmente, de esta manera se eligió el grupo de muestra, al cual se les aplicó una encuesta rápida y se le realizó un diagnóstico presuntivo con la ayuda de un espejo y luz natural.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

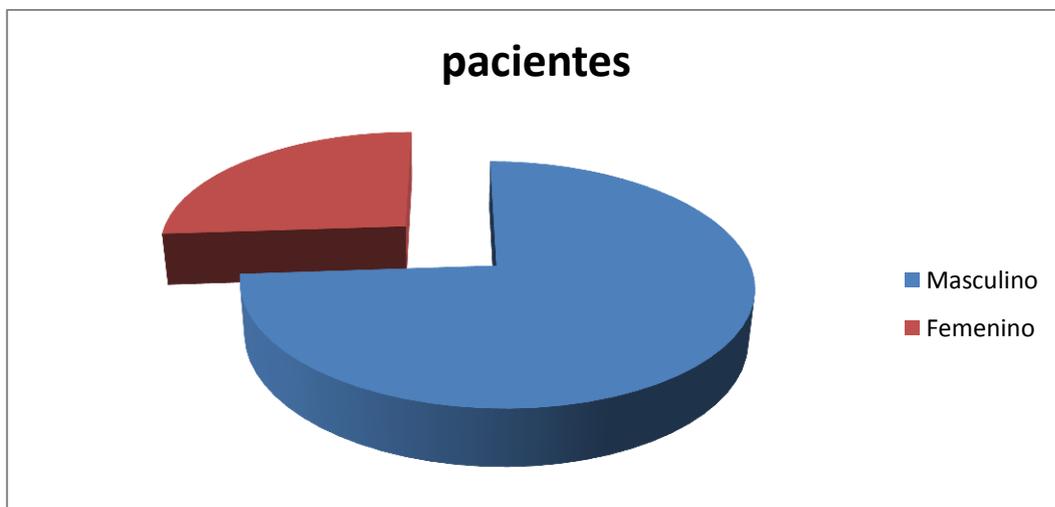
4.1 Resultados

Tabla 1. Residentes examinados por sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	6	26%
Masculino	17	74%
Total	23	100%

Fuente: Registro de resultados.

Autor: Liza Ivana Tircio Franco.



Análisis e interpretación: En la tabla 1 se puede ver que de 23 residentes examinados 17 son hombres (74%) y 6 son mujeres (26%). Por lo que podemos

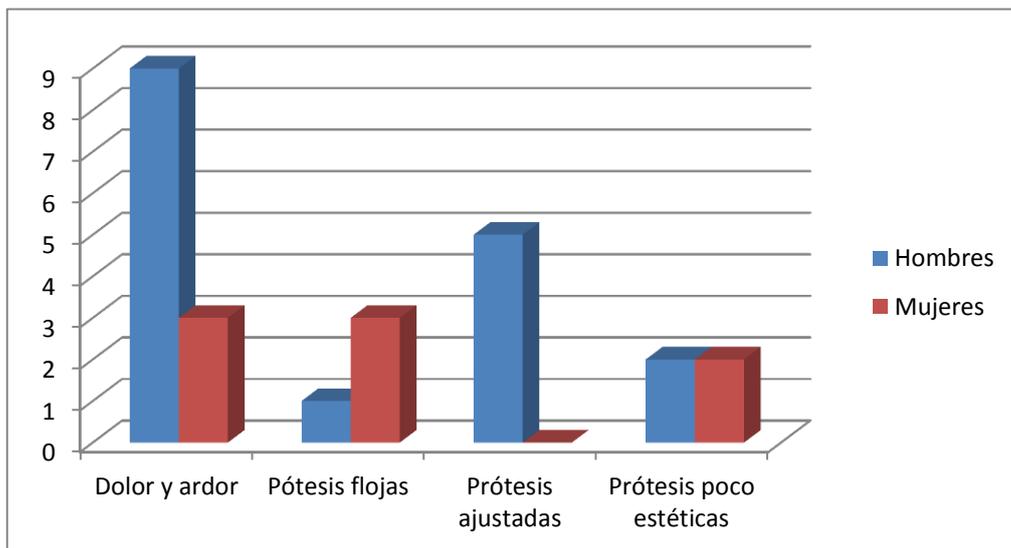
interpretar que la mayoría de residentes que presentan rechazo en sus prótesis removibles son hombres. Esto podría deberse a que las mujeres se preocupan más por su estética y suelen usar más sus prótesis removibles.

Tabla 2. Motivo aparente que provoca el rechazo de la prótesis removible.

	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Dolor y ardor	9	53%	3	50%	12	52%
Prótesis muy flojas	1	6%	1	17%	2	9%
Prótesis muy ajustadas	5	29%	-	0%	5	22%
Prótesis poco estéticas	2	12%	2	33%	4	17%

Fuente: Registro de resultados.

Autor: Liza Ivana Tircio Franco.



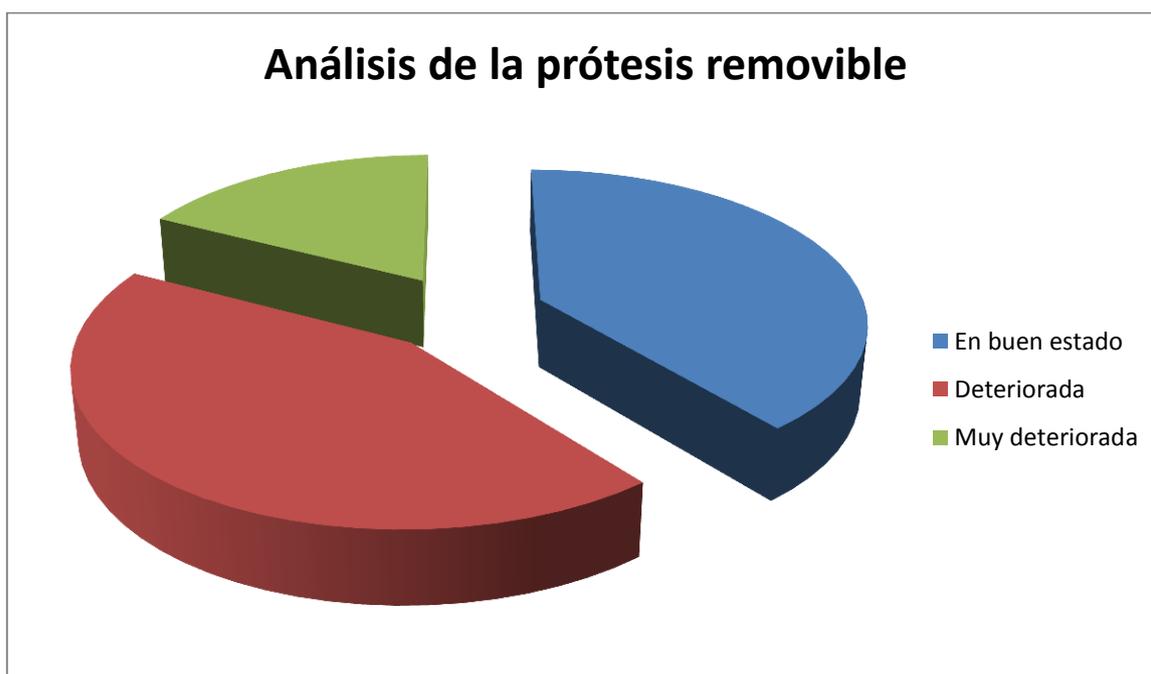
Análisis e interpretación: En la tabla 3 se puede ver que la razón que prevalece sobre las demás es el dolor y ardor con un total de 12 (52%), seguida de prótesis muy ajustadas con un total de 5 (22%), la menos común es la prótesis muy floja con un total de 2 (9%). Esto nos indica que al menos el 52% presenta lesiones o patologías asociadas a la prótesis removible.

Tabla 3. Análisis de la prótesis removible.

	Frecuencia	%
En buen estado	9	39%
Deteriorada	10	44%
Muy deteriorada	4	17%
Total	23	100%

Fuente: Registro de resultados.

Autor: Liza Ivana Tircio Franco.



Análisis e interpretación: En la tabla número 4 se puede apreciar que la mayoría de las prótesis dentales se encontraban en un estado deteriorado con un total de 10 (44%), seguido de las prótesis en buen estado con un total de 9 (39%), mientras que las prótesis muy deterioradas presentaron un total de 4 (17%).

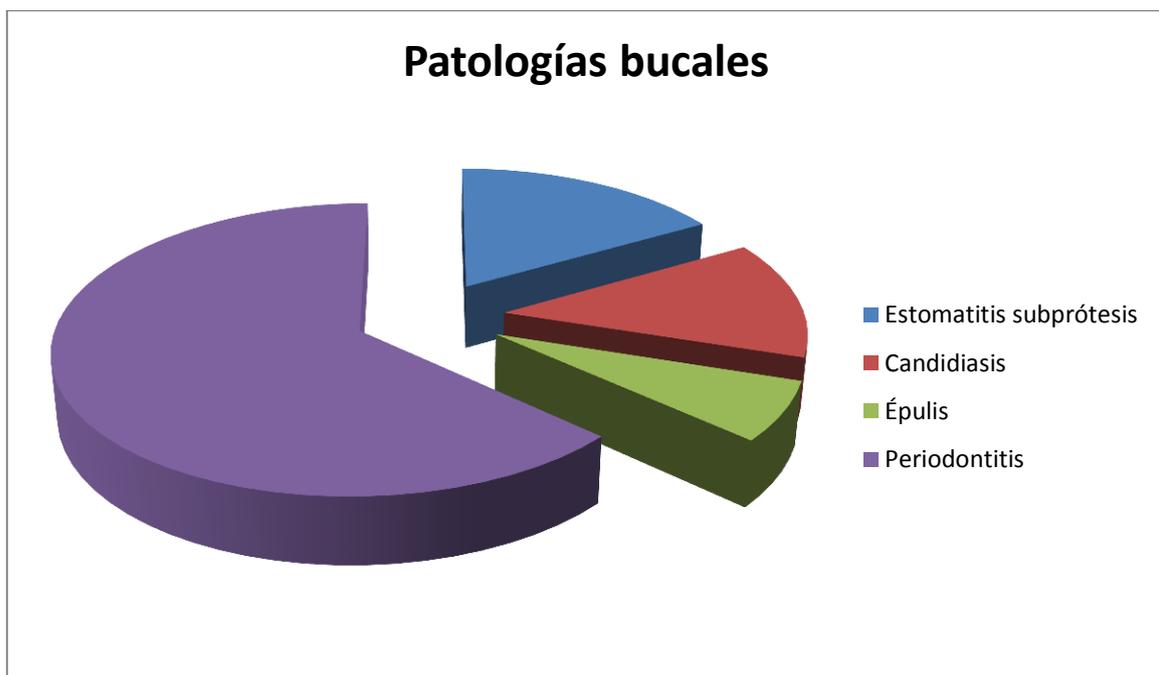
La cantidad elevada de residentes con prótesis en buen estado refirieron no haberla usado durante más de una semana debido a las molestias e incomodidades que les causaban.

Tabla 4. Patologías bucales presentes en los residentes.

	Frecuencia	%
Estomatitis subprótesis	5	14.7%
Candidiasis	4	11.8%
Épulis	2	5.9%
Periodontitis	19	55.8%
Total	34	100%

Fuente: Registro de resultados.

Autor: Liza Ivana Tircio Franco.



Análisis e interpretación: La mayoría de los residentes presentaban periodontitis en un grado avanzado, dando un total de 19 (55.8%), también presentaban: estomatitis subprótesis en un total de 5 (14%), candidiasis en un total de 4 (11.8%) y épulis en un total de 2 (5.9%). Todas estas patologías han sido factores importantes en el rechazo de la prótesis removible.

4.2 Discusión

La tabla 1 describió la cantidad de residentes examinados por sexo, se puede ver que de 23 residentes examinados 17 son hombres (74%) y 6 son mujeres (26%), lo cual difiere del estudio de la doctora Yensi Días Martell en Cuba (2007), el cual refiere que la mayoría de los pacientes portadores de prótesis son mujeres. Esto se da porque la mayoría de residentes que presentan rechazo en sus prótesis removibles son hombres ya que las mujeres se preocupan más por su estética.

La tabla 2 describió el motivo aparente por el cual los residentes rechazaban sus prótesis removibles, se puede ver que la razón que prevalece sobre las demás es el dolor y ardor con un total de 12 (52%), el cual puede estar dado por patologías o por bordes cortantes de la prótesis. Las prótesis muy ajustas tienen un total de 5 (22%), la menos común es la prótesis muy floja con un total de 2 (9%). Solo 4 (17%) refirieron que el motivo por el que no usaban sus prótesis es por su disconformidad con su estética.

En la tabla número 3 se dio el análisis de la prótesis, en él se puede apreciar que la mayoría de las prótesis dentales se encontraban en un estado deteriorado con un total de 10 (44%), seguido de las prótesis en buen estado con un total de 9 (39%), mientras que las prótesis muy deterioradas presentaron un total de 4 (17%). Durante la entrevista se manifestó que los residentes tenían conceptos erróneos sobre el cuidado de una prótesis lo cual se refleja en el estado en que se encontraban. Los residentes con prótesis en buen estado indicaron que no eran capaces de usarlas por las molestias que les causaban.

La tabla 5 muestra que la mayoría de los residentes presentaban periodontitis en un grado avanzado, dando un total de 19 (55.8%), lo que coincide con el estudio realizado por la doctora Marianela Garza en México (2009) en el que se indica que la mayor parte de los pacientes con periodontitis son mayores de 60 años. Los residentes también presentaban: estomatitis subprótesis (14%), el estudio realizado por la doctora Yensi Díaz en Cuba (2007) nos dice que la estomatitis subprótesis es la patología asociada a la prótesis removible más común, se infiere que en este estudio no se presentó de manera predominante ya que el grupo de

muestra estaba constituido por adultos mayores que no usaban su prótesis, por lo que este no era en ese momento un agente irritante. La candidiasis se presentó en un 11.8% y el éupolis en un 5.9%.

4.3 Conclusión y recomendaciones

4.3.1 Conclusiones

- Se presentó una mayor cantidad de hombres que rechazan el uso de sus prótesis comparado con las mujeres.
- Se estableció el estado y diseño de la prótesis como factor predisponente en su rechazo por parte del adulto mayor.
- Se estableció la higiene bucal y de la prótesis como factor predisponente en su rechazo por parte del adulto mayor.
- La enfermedad más frecuente fue la periodontitis que se presentó en 19 de los 23 residentes.
- La mayoría de los pacientes contaban con poca información acerca de las normas de higiene requeridas para su salud bucal.

4.3.2 Recomendaciones

- El profesional debe valorar el diseño protésico de acuerdo a la necesidad de cada paciente enfocándose en su función, fácil mantención y estética.
- Los adultos mayores deben presentar especial cuidado en su higiene bucal ya que por los cambios fisiológicos propios de su edad están propensos a diversas enfermedades y lesiones orales.
- El paciente debe acudir al odontólogo en caso de presentar dolor recurrente o signos de inflamación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andes, L. (2007). Uso , cuidados y estado de prótesis removibles en una población rural dispersa *, 4–11.
- Durán Porto A., B. C. D. y C. B. S. (2002). Estomatitis Protésica. Aspectos clínicos y tratamiento. *Formacion Continua*, 5(10), 622–627.
- Romero, C., Quiroz, T., De León Torres, & Ruiz, C. (2011). *Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria : reporte de un caso Inflammatory Fibrous Hyperplasia : case report*. Mexico. Retrieved from <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v4n2/art07.pdf>
- Ruiz, E. F. (2005). Úlceras Orales, 125(15), 590–597. Retrieved from <http://conexioncancer.es/manejando-los-efectos-secundarios/tratamiento-y-prevencion-de-los-efectos-secundarios/ulceras-orales-mucositis/>
- Saint-Gerons, R. S., Ruiz, A. G., & Rojas, M. T. (2004). Lesiones precancerosas de la mucosa oral. *Jano*, 66(1513), 1064–1067. Retrieved from <http://www.secom.org/web/wp-content/uploads/2014/01/cap04.pdf>
- Vila, M. A. (2002). Rehabilitación implantosoportada: conceptos protésicos. *Universidad Dental Virtual*, 1(1). Retrieved from http://www.medlinedental.com/pdf-doc/uvd2/uvd_implantologia_ac_002.pdf
- Ximena Lee Muñoz, &, Cajas Cajas, N., Gómez Carranza, L., Vergara Núñez, C., & Ivankovic Silva Elizabeth Astorga Bustamante, M. (2015). Ocurrencia de levaduras del género Candida y estomatitis protésica antes y después del tratamiento rehabilitador basado en prótesis removible. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología Y Rehabilitación Oral*, 8(1), 31–37. <http://doi.org/10.1016/j.piro.2015.02.005>
- Rendón.Y.R.(2004) Prótesis Parcial Removible Conceptos Actuales Atlas De Diseño. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=AckWYAYGcfgC&pg=PA9&dq=protesis+dentosoportadas&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwit8p-8tP_LAhWDeSYKHRpPANYQ6AEIGjAA#v=onepage&q=protesis%20dentosoportadas&f=false

- Mallat.E.(2003) Prótesis Parcial Removible Y Sobredentaduras. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=FC5o8mnt_asC&pg=PT21&dq=protesis+dentosoportadas&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwimoZvhs__LAhXERYyKHQuxBS4Q6AEIIDAB#v=onepage&q=protesis%20dentosoportadas&f=false
- Palma,C.A., y Sánchez,A.F. (2010) Técnicas De Ayuda Odontológica Y Estomatológica. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&pg=PA305&dq=protesis+mucosoportadas&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjmuc_j74HMAhWJPT4KHeVDCPEQ6AEIHzAB#v=onepage&q=protesis%20mucosoportadas&f=false
- Duarte, T. A. (2012). Consideraciones en el Manejo Odontológico del Paciente Geriátrico. Revista Científica Odontológica. 8(1). Recuperado de <http://colegiodentistas.org/revista/index.php/revistaodontologica/article/view/132/250>
- Esquivel, R & Jiménez, J. (2012). Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. Revista ADM. 69(2). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122f.pdf>
- Fernandez, J., Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Revista Española Salud Pública. 84(2). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n2/especial4.pdf>
- Gómez, M. A. (2012). Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. Revista Estomatológica Herediana. 22(2). Recuperado de http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n2/vol22_n2_12_reh_art01.pdf
- Hernández, M. (2011). Rehabilitación oral para el paciente geriátrico. Bogotá: Editorial Unibiblos.
- Martínez, B. (2011). Prótesis dental. Aspectos que orientan sobre su elaboración y empleo en los pacientes. Universidad Experimental Rómulo Gallegos, San Juan de Los Morros.

- Meneses, E. (2010). Salud Bucodental y calidad de vida oral en los mayores. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Moreno, J. Montoya, A. Gómez, D & Arboleda, A. (2012). Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edéntulo bimaxilar que acude a la facultad de odontología de la universidad de Antioquia: Un estudio Piloto. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 24(1).
- Moreno, M. (2011). El ABC de la prostodoncia total. México: Editorial Trillas.
- Obrecht, M. (2011). Caracterización de los dientes en prótesis removible: “personalización de la forma y color”. Labor Dental Clinica. 12(2). Recuperado de http://www.esorib.com/articulos/caract_dientes.pdf
- Rahn, A. Ivanhoe, J. & Plummer, K. (2011). Prótesis Dental Completa. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Urban, C. (2013). Guía para prótesis completa. Vita. 1(11), 1-147. Recuperado de <http://www.protesidentalsevilla.com/pdf/guiaprotesiscompletavita.pdf>
- Telles, D. (2011). PRÓTESIS TOTAL - convencional y sobrevimplantes . São Paulo: Livraria Santos .
- Vito Milano, A. D. (2011). PROTESIS TOTAL - Aspectos gnatólogicos Conceptos y procedimientos. Milano: Amolca.
- José Yoshinori Ozawa Deguchi, J. L. (2010). FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA TOTAL. México: Trillas.
- Margareta Molin Thorén, J. G. (2014). PROTESIS REMOVIBLE. Dinamarca : AMOLCA.
- Babbush CA. Posttreatment quantification of patient experiences with full-arch implant treatment using a modification of the OHIP-14 questionnaire. J Oral Implantol 2012 Jun; 38(3): 251-60.

ANEXOS



Imagen 2 : Diente integrado en el hueso mediante membrana epitelial e implante que se une al hueso por osteointegración.

Fuente (Vila, 2002)



Imagen 3: Lesión ulcerosa en el labio inferior.

Fuente (Martínez, 2010)



Imagen 4: Estomatitis bucal.

Fuente (Roper, 2014) Recuperado de pacienciamedica.blogspot.com.es



Imagen 5: Hiperplasia papilar inflamatoria.

Fuente (Iruretagoyena, 2014) Recuperado de <http://www.sdpt.net/PAT/hiperplasiainflamatoriapapilar.htm>

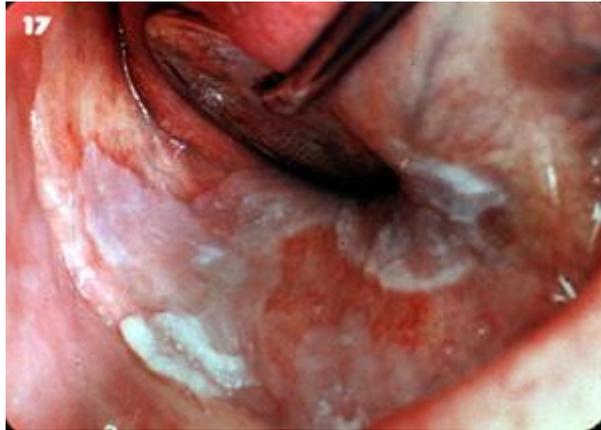


Imagen 6: Hiperqueratosis friccional en el piso de la boca.

Fuente (Iruretagoyena, 2014) Recuperado de <http://www.sdpt.net/PAT/queratosisbenigna.htm>



Imagen 7: Granuloma piógeno circunscrita al incisivo central superior derecho.

Fuente (González, 2011) recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2011000100012&script=sci_arttext



Imagen 8: Épulis fisurado en zona anterior.

Fuente (Martínez 2010) Recuperado de <http://patoral.umayor.cl/patoral/?p=1685>



Imagen 9: Candidiasis en el paladar.

Fuente (Hernandez, 2014) Recuperado de <http://www.clinicadentalcardedeu.es/muguet-o-candidiasis-oral/>



Imagen 10: Estomatitis protésica.

Fuente (Taberner, 2011) Recuperado de <http://www.dermapixel.com/2011/03/me-arde-la-boca.html>



Imagen 11: Gingivitis en paciente portador de prótesis removible mal adaptada.

Fuente (Medina, 2010)



Imagen 12: Periodontitis en portador de prótesis removable.

Fuente (López, 2014) recuperado de <http://www.clinicaninoles.es/pagina/protesis-sobre-implantes/>

Universidad Estatal De Guayaquil

Facultad Piloto De Odontología

Encuesta sobre: Factores que inciden en el rechazo del adulto mayor para el uso de prótesis removibles

1.- Su género

- Masculino
- Femenino

2.- ¿Posee usted una prótesis removible?

- si
- no

3.- ¿Usa usted su prótesis removible?

- si
- no

4.-Si su respuesta fue no, indique cual es el motivo.

5.- ¿Cómo considera usted su higiene bucal?

- Buena
- Regular
- Mala