

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUÍA DE MANEJO: EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO: CI-SOCM-GM-30
 	UNIDAD: CLÍNICO QUIRÚRGICA		FECHA DE EMISIÓN: 01-10-2015
	PROCESO: CIRUGÍA		VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 28

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

El objetivo de esta guía es documentar el tratamiento del paciente desdentado total que se desarrolla en el Servicio de Salud Oral en la especialidad de Rehabilitación Oral en el Hospital Militar Central y describir las actividades específicas de acuerdo a la evidencia científica para tratar al paciente con edentulismo total y prevenir el deterioro adicional.

2. METODOLOGÍA

Se realizó mediante el método de recolección de información suministrada por diferentes fuentes como textos y guías institucionales

3. ALCANCE

La presente guía se aplica desde la atención inicial del paciente edentulo donde se diligencia la historia clínica, se realizan los examen intraoral y extraoral, los modelos de estudio y se evalúan la imágenes radiográficas. La presente guía se aplica así mismo para establecer un diagnóstico y plan de tratamiento y describe el proceso para desarrollarlo. La guía aplica en las siguiente situaciones clínicas:

1. Pacientes con dientes remanentes que van a ser extraídos en su totalidad por razones dentales o periodontales.
2. Pacientes edéntulos totales que no presentan rehabilitación con prótesis total.
3. Pacientes edéntulos totales que presentan rehabilitación con prótesis total y deben ser reemplazados por razones de estabilidad, soporte, retención estética o función masticatoria.
4. Pacientes a los que se les van a realizar tratamientos de implantología oral y requieren prótesis transicionales totales.

4. POBLACIÓN OBJETO

Usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y Hospital Militar bajo las siguientes situaciones particulares:

1. Informe administrativo por lesión en actos del servicio o con relación del mismo
2. Usuarios con fallos a favor por acciones de tutela
3. Usuarios con aprobación por comité técnico científico de la DGSM
4. Accidentes automovilísticos cubiertos por el SOAT

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	2 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

ASPECTOS CONCEPTUALES PROTESIS TOTAL

Se entiende como prótesis total un aparato artificial que reemplaza los dientes y tejidos perdidos restableciendo la función, la relación entre los maxilares y la dimensión vertical.

REQUISITOS:

- Restaurar la función masticatoria
- Restaurar la estética
- Restaurar la función fonética
- Restablecer las condiciones físicas y psicológicas del paciente

REQUISITOS BIOMECÁNICOS:

- **SOPORTE:** Capacidad que tiene la prótesis para resistir las presiones masticatorias.
- **RETENCIÓN:** La relación establecida entre los tejidos y la prótesis que se oponen a que esta sea desplazada de su ubicación en la masticación, deglución y fonética.
- **ESTABILIDAD:** Capacidad de resistir las diferentes fuerzas de desplazamiento a que es sometida la prótesis sin que se mueva.

SOPORTE:

El soporte es la propiedad que tienen las prótesis para que no se produzca su impactación sobre las estructuras de apoyo (fibromucosa y hueso subyacentes); es decir, es la capacidad de dichas prótesis de oponerse a las fuerzas de compresión. La zona de soporte protésico (o apoyo basal) se va reduciendo a medida que se reabsorbe el reborde residual. Cuando se emplean prótesis desajustadas durante largos periodos de tiempo, el borde residual puede reabsorberse gravemente. Si las crestas están muy reabsorbidas, el área que soporta la prótesis se reduce y la mucosa que la rodea disminuye el grosor y la elasticidad. La consecuencia es que el borde residual es incapaz de soportar adecuadamente la carga oclusal. Mediante un rebase a tiempo, puede conseguirse una mejora en el soporte, la estabilidad oclusal y la eficacia masticatoria

Existen cuatro áreas de soporte:

- **Área de soporte primaria:** Estos resisten las fuerzas verticales de la oclusión. Histológicamente está formada por una cortical de hueso protegida por una unión de tejido.
- **Área soporte secundaria:** Resistir fuerzas laterales y ayudan a resistir las fuerzas verticales de la oclusión.
- **Áreas de alivios:** Estas causan incomodidad al paciente o inestabilidad en la base de la dentadura y una eventual resorción del hueso de soporte.

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	3 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

- Área de sellado: Son las áreas de los tejidos suaves, en la cual la periferia de la dentadura debe contactar en orden para que los factores de la retención sean efectivos. Esta área se divide en dos partes:
 - Área de borde resiliente: son esas áreas en las cuales las fibras de los tejidos están puestas verticalmente contra la base de la dentadura.
 - Área de borde no resiliente: son esas áreas en las cuales la mucosa o fibras musculares están corriendo paralelas a la base de la dentadura.

ÁREAS DE SOPORTE EN EL MAXILAR SUPERIOR:

Área soporte primaria.

Corresponde la cresta del reborde residual, el cual está cubierto por una capa de tejido conectivo fibroso, el cual está unido firmemente al hueso. Este absorbe fácilmente las fuerzas verticales aplicadas.

Área soporte secundaria.

Corresponden a las vertientes vestibulares y palatinas del reborde y el del paladar duro. Los bordes laterales del paladar duro y rugas palatina están compuestos por tejido fibroso el cual por su naturaleza resiliente ayuda a la cresta del reborde a soportar contra las fuerzas verticales. Con las superficies bucales y labiales estabilizan la dentadura contra las fuerzas laterales.

Áreas de alivio.

Están localizadas:

- Por encima de la papila incisiva, en la cual emerge el nervio naso-palatino, el tejido que lo cubre es fibroso, la presión en esta área produce dolor o sensación de quemazón.
- Rafe medio, este está protegido por una delgada capa de membrana mucosa, no es de naturaleza resiliente, la presión en esta área produce dolor e inestabilidad en la base de la dentadura
- Algunas veces por encima del proceso cigomático, en algunos casos puede estar bastante baja en relación con la cresta del reborde, produciendo más irritación y disconformidad en el paciente.
- Surcos hamulares
- Frenillos e inserciones musculares

Área de sellado.

Área de borde resiliente

- El frenillo labial y bucal están unidos a la membrana mucosa y no tienen uniones musculares. El frenillo bucal puede estar cercanamente con el músculo canino.
- El ligamento pterigomandibular, forma el reborde posterior de la escotadura hamular y es la unión entre el músculo buccinador y el músculo constrictor superior. Las bases dentales podrían terminar en el inicio de la línea de movimiento del ligamento pterigomandibular el cual ocurre

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	4 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

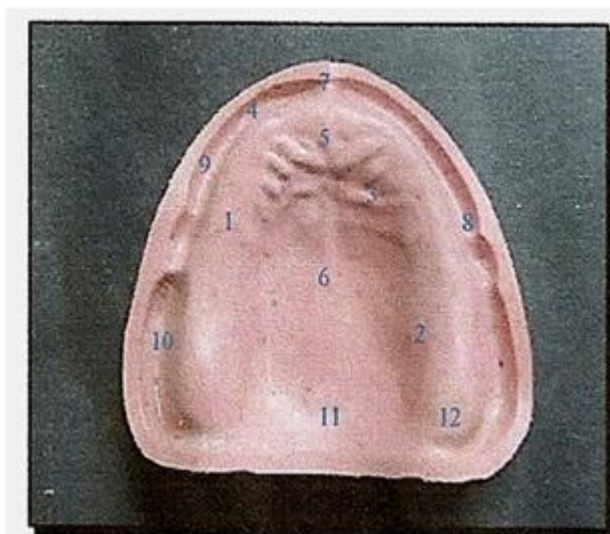
durante la apertura mandibular.

Área de borde no resiliente.

- El vestíbulo labial se extiende desde el frenillo labial al bucal. Si las escotaduras presentan las aletas extendidas se observará abultado en la zona del ala de la nariz.
- El vestíbulo bucal se extiende desde el frenillo bucal hasta la escotadura hamular. Esta área puede ser examinada antes de la impresión, para conocer la extensión (profundidad) del vestíbulo.
- La escotadura hamular está formada por el borde distal de la tuberosidad posterior y el rafe pterigomandibular. Bases de las dentaduras cortas pierden retención.

Áreas de soporte maxilar superior:

1. Cresta de reborde residual
2. Bordes laterales del paladar duro
3. Rugas palatinas
4. Superficie labial y bucal del reborde alveolar
5. Papila incisiva
6. Rafe medio
7. Frenillo labial
8. Frenillo bucal
9. Vestibulo labial
10. Vestibulo bucal
11. Paladar blando
12. Escotadura hamular



Tomado con autorización "Manual de prótesis total" U.N.

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	5 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

ÁREAS DE SOPORTE DEL MAXILAR INFERIOR:

Área soporte primaria.

La zona principal de soporte la constituye el reborde residual, que en la mayoría de los casos, y en la zona posterior especialmente, es casi nulo confundiendo piso de la boca y vestíbulo las fibras inferiores del buccinador cubren la parte externa del reborde y están unidos a la mandíbula.

Área soporte secundaria.

Corresponden a la almohadilla retromolar y superficies labial y lingual del reborde alveolar.

La almohadilla retromolar está compuesta por tejido glandular, fibras del tendón del músculo temporal y el rafe pterigomandibular, fibras musculares del buccinador y el músculo constrictor superior. La almohadilla retromolar es de naturaleza resiliente. Como en el maxilar superior las superficies bucales y linguales ayudan en la prevención de rotación de la base dental (estabilidad).

Áreas de alivio.

Corresponden a la cresta del reborde, reborde milohioidelo, foramen mentoneano.

- La reabsorción alveolar ocurre desde la superficie labial, lingual y bucal. Como resultado la cresta está compuesta de hueso calloso incapaz de sostener fuerzas sobre un período de tiempo sin reabsorberse.
- La parte posterior del reborde milohioideo en la mayoría de los pacientes es bastante prominente y en forma de cuchillo, permitiendo fácilmente el examen digital. Las bases de las dentaduras que terminan en la línea de unión de las fibras superiores del músculo milohioideo con la membrana mucosa del reborde causan presión en un área no resiliente y por consiguiente incomodidad en el paciente.

Área de sellado.

Área de borde resiliente.

Corresponden al frenillo labial, frenillo bucal, arco distobucal, rafe pterigomandibular, área retromilohioidea, pliegue alveololingual, frenillo lingual.

- Frenillo labial. No tiene presente fibras musculares, cuando el labio está en movimiento empuja verticalmente contra la base de la dentadura.

Área de borde no resiliente.

- Vestíbulo labial. Se extiende desde el frenillo labial al frenillo bucal y está bajo la influencia del músculo orbicular. Esas fibras corren paralelas a la base de la dentadura, creando un área de borde no resiliente; esta extensión depende de la tonicidad del labio inferior. La sobreextensión puede provocar que la dentadura no esté bien asentada.
- Vestíbulo mesiobucal. Está controlada por el músculo buccinador. Las fibras superiores e inferiores están unidas a la parte posterior de la maxilar y mandíbula. Cuando se pierden los dientes naturales las fibras musculares pierden tonicidad y como consecuencia se mete en el espacio de la cavidad oral. Cuando se hace la dentadura uno de los objetivos es devolver esta tonicidad, esto es posible porque las fibras corren paralelas a la base de la dentadura.
- Vestíbulo distobucal. Está bajo el control del músculo masetero, el cual se origina del arco cigomático, este está unido al borde lateral de la mandíbula, las dentaduras sobreextendidas interfieren en la contracción de este músculo resultando incomodidad cuando el paciente cierra con fuerza.

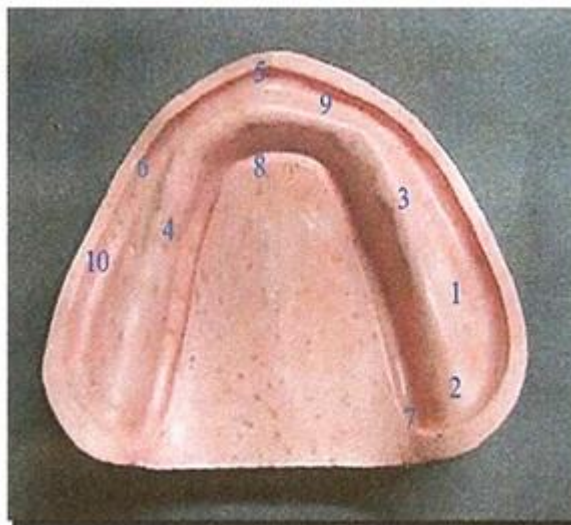
GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	6 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

Áreas de soporte en el maxilar inferior:

Repisa bucal

2. Almohadilla retromolar
3. Superficies labial del reborde alveolar
4. Superficie lingual del reborde alveolar
5. Frenillo labial
6. Frenillo bucal
7. Área retromilohioidea
8. Frenillo lingual
9. Vestíbulo labial
10. Vestíbulo bucal



Tomado con autorización "Manual de prótesis total"U.N.

RETENCION

La retención es la propiedad que tienen las prótesis para que no se produzca su extrusión, y por tanto su desestabilización en el sentido vertical de inserción; es decir, es la capacidad de dichas prótesis de oponerse a las fuerzas de tracción. Es factible que los músculos de la cavidad bucal actúen aumentando la retención y con ello también la estabilidad de las prótesis. El buccinador, el orbicular de los labios y los músculos linguales son claves en este aspecto. A medida que cambian la forma y tamaño de los tejidos de soporte protético (o apoyo basal) se tornan más importantes las fuerzas musculares fisiológicas en la retención de las prótesis. Además, con frecuencia las prótesis tienen un efecto psicológico negativo sobre el paciente y los influjos nerviosos que se producen afectan a la secreción salival y subsiguientemente también a la retención. Eventualmente el paciente adquiere la habilidad de retener sus dentaduras mediante sus músculos bucales

ESTABILIDAD

La estabilidad es la propiedad que tienen las prótesis para conservar su posición de reposo o de volver a ella después de haber realizado movimientos funcionales; es decir, es la capacidad de dichas prótesis de oponerse a las fuerzas horizontales, de cizallamiento y rotación. A veces el paciente se queja de que la prótesis superior tiende a aflojarse al sonreír o durante otras formas de expresión facial. Este problema surge cuando el frenillo vestibular lateral, que se desplaza hacia atrás durante la función, tropieza con un borde demasiado grueso de la prótesis superior en la zona de la escotadura vestibular.

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	7 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

Desde el punto de vista anatómico y debido al patrón de reabsorción ósea, ambos maxilares se separan progresivamente en la zona anterior; de modo que el maxilar superior se vuelve bucalmente cada vez más pequeño. La disposición de los dientes y el esquema oclusal son factores muy importantes para la estabilidad y el funcionamiento de una dentadura. En prótesis completa, la estabilidad oclusal se consigue mediante una oclusión bilateral balanceada, que constituye el modelo oclusal que ofrece las mejores condiciones de distribución de la presión sobre las estructuras de soporte bajo una prótesis completa durante la masticación de los alimentos.

En una oclusión bilateral balanceada se cumplen las condiciones siguientes:

- Los dientes están montados en la prótesis en una posición de relación céntrica, de oclusión céntrica o situación en la que coinciden la posición dentaria de máxima intercuspidad con la posición condílea en eje de bisagra terminal.
- En lateralidad se registra el máximo número de contactos posibles tanto en el lado de trabajo como en el lado de no trabajo y en protrusión aparecen múltiples contactos, tanto en el grupo anterior como en el grupo posterior, de forma bilateral y simultánea

LIMITACIONES BIOMECÁNICAS DE LAS PRÓTESIS COMPLETAS

La masticación de los alimentos con prótesis totales ayuda al paciente edéntulo a nutrirse adecuadamente. Sin embargo, aún las prótesis totales construidas bajo las mejores condiciones sólo poseen una eficacia masticatoria equivalente a una fracción de la dentición natural. Se calcula que los dientes naturales transmiten cargas cuatro veces más intensas en oclusión que las prótesis completas convencionales, de modo que un paciente portador de prótesis completas desarrolla fuerzas de aproximadamente 2,5 kg 13. Por otra parte, la imposibilidad de obtener una buena estabilidad y retención en pacientes con una gran reabsorción de sus rebordes alveolares dificulta que estas prótesis puedan cumplir su misión rehabilitadora de las funciones orales con eficacia. Como consecuencia de la pérdida dentaria desaparece la propiocepción del ligamento periodontal, de modo que a pesar de la existencia de mecanorreceptores en la mucosa oral, la sensibilidad deja de ser tan fina ante las fuerzas excesivas y aumenta el riesgo de fractura de estas prótesis, confeccionadas en acrílico, cuya resistencia es limitada y muy inferior a la de los metales. Los procesos de reabsorción continuos en las crestas, consecuencia directa de la pérdida dentaria, producen, incluso después del tratamiento protésico, una disminución constante de la dimensión vertical con reducción de la altura facial. Dicha pérdida de altura provoca una anterorrotación de la mandíbula, lo que hace que los contactos anteriores de la prótesis sean cada vez más fuertes, y que aparezcan contactos primarios en la zona molar como consecuencia del patrón característico de reabsorción de la cresta. Esto justifica la necesidad de revisiones y reajustes periódicos del soporte y la oclusión de estas prótesis.

EXAMEN CLINICO

EXAMEN EXTRORAL

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	8 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

Se tienen en consideración los siguientes aspectos:

Perfil

- Aumento o disminución de la dimensión vertical; la queilitis angular (dolor, eritema y fisuras en las comisuras orales) puede ser el primer signo de dimensión vertical disminuida
- Relaciones horizontales de los maxilares (Clase I,II,III)

Forma y expresión de la cara

- Grado de profundización del surco naso-labial
- Caída de la comisura labial
- Disminución del espesor del bermellón de los labios rojos,
- Depresión de los labios con arrugas exageradas,
- Aspecto de la mitad inferior de la cara; aproximación de la nariz al mentón, mentón pronunciado debido a la pérdida de altura del rostro.
- Necesidad de reposición del músculo orbicular a través de las prótesis , tales como el espesor del flanco labial necesario
- Posición antero-posterior de los dientes anteriores
- Restablecimiento correcto de la dimensión vertical de oclusión (DVO).
- Asimetrías faciales y desviaciones de la línea media
- Forma facial frontal: cuadrada triangular ovoide y mixta cuando es indefinida

Cuello

- Palpación de la musculatura posterior del cuello y evaluar posibles contracturas y espasmos musculares o dolores
- Se debe palpar de atrás hacia adelante la región mastoidea, parotídea submaxilar y submentoneana palpando los ganglios de estas regiones los que son importantes signos de patologías locales tales como infecciones e inflamaciones.
- Evaluar aumentos de volumen duros y fijos pues puede alertar sobre posibles metástasis de un proceso maligno de cabeza y cuello

Articulación Temporomandibular

- Palpación de la ATM buscando posible inflamación o dolor en reposo y en forma dinámica en los movimiento de apertura y cierre
- Se evalúa el rango en apertura
- Presencia de ruidos articulares tales como chasquidos, crepitaciones
- Presencia de síntomas relacionados con la oclusión.

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	9 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

EXAMEN INTRAORAL

Se tienen en consideración los siguientes aspectos:

MUCOSA

- Evaluación general de la mucosa bucal: estado de la mucosa, especialmente si es desbordada, rosada y sana o roja y edematosa
- Zonas demasiado gruesas o demasiado delgadas de la mucosa bucal. Se evaluará la mucosa en relación al reborde.
- Zonas grandes de tejido insertado queratinizado en el reborde o en su mayor parte la mucosa se mueve sobre el reborde
- Inspeccionar todas las zonas de la cavidad bucal para detectar todo tipo de patología que incluya el paladar blando y los bordes laterales de la lengua.
- Higiene y estado de las prótesis totales
-

SALIVA

- Se evaluará la cantidad y la consistencia de la saliva. La cantidad y consistencia normales es fundamental para la capacidad de la mayoría de los pacientes de usar prótesis con comodidad. La saliva actúa como lubricante y también sirve de interfase entre la base protésica y los tejidos y permite la retención de la prótesis

REBORDES

MAXILAR SUPERIOR

- Se debe evaluar el tamaño, la forma y la sección transversal del reborde superior. En términos generales, un reborde más grande tendrá más área superficial para mejor retención y estabilidad en comparación con un reborde pequeño. La forma del reborde residual se clasifica en cuadrado, cónico y ovoide.
- La forma es de suma importancia en cuanto a su relación con el arco antagonista porque arcos no coincidentes pueden dificultar el enfilado.
- El peor tipo de reborde es el plano o en filo de cuchillo porque no ofrece una buena base de apoyo a la prótesis. El reborde más ideal sería el que tiene forma de U, casi plano en la cresta del reborde con las paredes palatina y vestibular altas y sin retenciones. Estos rebordes dan el máximo de retención, estabilidad y soporte.
- El reborde también se evalúa para saber si hay alguna exostosis o retención posterior bilateral. Las tuberosidades abultadas pueden presentar retenciones posteriores bilaterales y espacio interoclusal insuficiente. En estos casos suele estar indicada la cirugía preprotésica.
- Se debe establecer cuál es la forma del paladar duro. Todo torus pediculado o que se extienda hacia la zona del sellado palatino posterior debe ser eliminado, de ser posible.
- El paladar duro se clasifica como alto, normal, plano o en forma de V. Lo ideal es un paladar normal en U. El paladar en V o de bóveda alta

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	10 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

dificulta el sellado de la prótesis.

- El paladar blando se diferencia según la magnitud del movimiento o su inclinación con respecto al paladar duro. Por lo general, cuanto mayor es la diferencia de la angulación entre el paladar duro y el blando, tanto más fácil pero más crítica se torna la localización de la línea de vibración. Una prótesis total no se puede extender mucho hacia el paladar blando móvil sin la posibilidad de aumentar el riesgo de perder retención y causar irritación y molestias

MAXILAR INFERIOR

- En el reborde inferior se evalúa el tamaño, la forma y la sección transversal. Un reborde más grande tendrá más área superficial para mejor retención y estabilidad, y aquí también la forma del arco es de suma importancia en su relación con el arco antagonista.
- Al igual que en el maxilar se evaluará la presencia de torus, exostosis o retenciones bilaterales en el reborde.
- Los rebordes de ambos maxilares se evalúan para apreciar cuánto espacio dejan los tejidos limítrofes para la confección de la prótesis completa. Si las inserciones de los frenillos están cerca de la cresta del reborde residual, los bordes de la prótesis necesariamente serán cortos, lo que pone en riesgo la retención de la prótesis.
- Cuando con los labios y carrillos se reproducen movimientos musculares el odontólogo debe observar si las inserciones se hallan cerca de la cresta del reborde o si las inserciones de los músculos y tejidos están lejos de la cresta del reborde y permiten que la prótesis tenga mejor sustentación. Es muy importante saber cuáles son las inserciones musculares en el lado lingual del reborde mandibular.
- Se debe palpar el reborde milohioideo para determinar si es grande o filoso
- Evaluar la zona, espacio o fosa retromilohioidea, para evaluar si se oblitera el espacio milohioideo cuando el paciente toca los labios con la lengua o hay espacio que podría ser ocupado por los flancos linguales de la base protésica. En la mayor parte de los pacientes, cuantos más largos son los flancos de la prótesis tanto mayor es la estabilidad, la sustentación y la retención que se obtiene con la prótesis.

LENGUA

- Hay que tomar en cuenta el tamaño y la posición de la lengua. Es frecuente que la lengua de pacientes edéntulos por mucho tiempo, y que no usaron prótesis, sea grande
- Una lengua agrandada o excesivamente grande entorpece la capacidad de usar con eficiencia la prótesis completa.
- También hay que registrar cómo es la coordinación de la lengua y determinar si existe alguna lesión neuromuscular que afecta la fonación, la deglución o la coordinación muscular general

RELACIÓN INTERMAXILAR O MAXILO MANDIBULAR

Esto nos indica la disposición de los maxilares en un plano frontal sagital o antero posterior; en posición de reposo se observa fácilmente la verdadera relación

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	11 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

- En relación normal o clase I esquelética las apófisis deben hallarse frente a frente debido al patrón de reabsorción del maxilar superior
- Relación retrusiva o clase II cuando el reborde alveolar inferior se encuentra atrasado con respecto al superior
- Relación protrusiva o clase III, cuando el reborde alveolar inferior se encuentra adelantado con respecto al superior

ESPACIO INTERMAXILAR

Estando el paciente en posición de reposo se mira la distancia en sentido vertical de la cima del reborde superior al inferior

- Se evalúa el espacio a rehabilitar o que va a ocupar las prótesis
- Un espacio excesivo entre los rebordes o muy poco espacio entre ellos entorpece en mucho la confección de la prótesis.
- También se evaluarán las tuberosidades evaluar si hay espacio suficiente para cada base protésica cuyo espesor debe ser de por lo menos 1 mm

DENTADURAS ACTUALES

- Alivio del dolor o molestias: Se debe aliviar el dolor causado por zonas de presión, ulceraciones, y realizar ajuste oclusal de la prótesis si se amerita.

IMPRESIÓN PARA MODELOS DE DIAGNÓSTICO

- Debe ser una reproducción precisa de los tejidos del espacio desdentado.
- Se emplean para complementar el examen bucal con una visión desde lingual y vestibular.
- Los modelos diagnósticos son muy útiles para ahondar la evaluación de la anatomía y el estado de los rebordes residuales los modelos diagnósticos se obtienen de impresiones preliminares hechas con hidrocoloide irreversible (alginato) en cubetas estándar
- Un buen modelo diagnóstico debe incluir las almohadillas retromolares y los tejidos bordeantes así como el surco pterigomaxilar y la zona de sellado posterior

ANÁLISIS DE RADIOGRÁFICO

Es preciso evaluar una radiografía panorámica que refleje el estado en el momento presente. Elementos especiales a tomar en cuenta son:

- Altura del hueso mandibular,
- Posición del agujero mentoniano,
- Restos radiculares retenidos y dientes retenidos. Los restos radiculares y los dientes retenidos se evalúan para ver si tienen alguna patología y si su retención ósea es total. Hay que considerar la extracción de los dientes y los restos radiculares retenidos que sólo están cubiertos por tejido blando o se hallan expuestos a la cavidad bucal. La remoción de restos radiculares y dientes retenidos en profundidad pueden causar excesiva pérdida ósea y su extracción llega a causar más inconvenientes a la superficie de soporte de la prótesis que dejarlos y observarlos periódicamente mediante

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	12 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

radiografías, especialmente en personas de mala salud. Como sea, debe informarse acerca de los riesgos y beneficios de extraer restos radiculares y dientes retenidos y la decisión debe ser acordada entre el dentista y el paciente

- Patología ósea, posición y
- Salud de los senos maxilares
- Anatomía de la ATM
- Áreas de infección u otra clase de alteraciones o patologías. Se puede detectar restos radiculares, dientes retenidos, espículas óseas e irregularidades de la cresta alveolar.

INTERPRETACION DE DATOS Y PREPARACION CLINICA

El registro de los datos permite la correcta planificación del tratamiento que vamos a instaurar en el paciente.

- Interpretación radiográfica
- Perspectivas de preparación quirúrgica: debe evaluarse la necesidad de extracciones dentales y de cirugía preprotésica ya todas las prominencias óseas que puedan interferir con la vía de inserción también deben ser eliminadas.
- Consideraciones periodontales mucogingivales: Es necesario determinar los hábitos de higiene del paciente y educarlo para el control de placa. Se deben estudiar los tejidos blandos muy desplazables que cubren áreas de asiento basal y los tejido hiperplásicos deben ser eliminados para que no intervengan en el asiento de la prótesis total.

PLAN DE TRATAMIENTO:

El plan de tratamiento adecuado requiere que toda la información obtenida se tome en cuenta cuando se establezca qué tratamiento se ha de realizar y la secuencia de ese tratamiento. Antes de confeccionar la prótesis completa definitiva el paciente no deberá tener dolores dentales ni de ATM. Como se mencionó toda cirugía preprotésica debe ser realizada a principios del plan de tratamiento, e incluye extracciones, alveoloplastia, remoción de torus, frenectomías, exostosis y reducción de las tuberosidades. Si ya tiene prótesis, habrá que modificarla después de la cirugía y adaptarla durante el período de cicatrización con material de rebasado blando. Si la cirugía preprotésica desdenta al paciente, se harán prótesis inmediatas. El odontólogo deberá evaluar las necesidades estéticas en este período de cicatrización y explicárselo al paciente. Según la cantidad de dientes por extraer, esto puede requerir que se hagan prótesis inmediatas. Después de confeccionadas las prótesis y cumplidos los controles iniciales para asegurar la adaptación, la función y el cuidado casero adecuados, el paciente debe volver a exámenes periódicos por lo menos anuales para evaluar la prótesis así como la salud bucal general.

IMPRESIONES PRELIMINARES EN EL PACIENTE EDÉNTULO

Para hacer impresiones exactas se requieren cubetas apropiadas. En particular se pretende capturar la anatomía de tejido mucoso, para crear un sello eficaz para la retención. Una cubeta inapropiada puede causar distorsiones en la impresión y en consecuencia un inexacto modelo de trabajo.

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	13 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

Impresión con alginato

- El material expendido por mayor volumen, una vez abierto el envase, debe ser guardado en contenedores herméticos.
- Una temperatura mayor a 54° C o con aperturas repetidas produce distorsiones en las impresiones.
- Debe sacudir el envase, para que la mezcla sea homogénea.
- Seleccionar la cubeta apropiada:
- Seleccionar una cubeta con 5 mm de espacio entre las paredes de la cubeta y los tejidos blandos. El alginato necesita espesor para la exactitud, resistencia y estabilidad dimensional.
- Las cubeta superior debería extenderse por vestibular, más allá de los tejidos móviles y cubrir el espacio retrocigomático; en la inferior debe llegar hasta la papila retromolar o piriforme
- Las cubetas metálicas perforadas son útiles para rebordes prominentes o abultados. En caso de rebordes alveolares residuales mínimos, utilizar cubetas metálicas para desdentado, dado que las paredes laterales son mucho más bajas.
- Las cubetas estándar pueden ser modificadas con compuesto de modelar para ampliarla, si así es necesario
- La cubeta debe ser rígida por lo que no se recomiendan cubetas plásticas.

Preparación del paciente:

- Pruebe la cubeta en el maxilar del paciente, para ver si molesta o tiene la sensación de ahogo.
- Seque la mucosa del maxilar superior
- La cubeta debe llegar hasta la unión del paladar duro y el paladar blando. No más allá.
- Para la mandíbula la cubeta debe llegar hasta la papila piriforme o fosa retromolar y fosa retromilohiodea abarcándolas, debe deprimir suavemente el piso de boca.

Procedimiento:

- Dispense una o dos porciones de polvo con el dosificador que provee el fabricante, agregue agua según el fabricante.
- Espatule enérgicamente contra las paredes de la taza de goma, durante un minuto, no más.
- Agregue en forma uniforme el alginato sobre la cubeta.
- Coloque la cubeta en la boca e impresione teniendo en cuenta que la dirección del mango de la cubeta debe coincidir con la nariz del paciente
- Presione hasta que refluya en el sector posterior. Esto puede traer la sensación de ahogo por parte del paciente. Indíquele que respire por la nariz.
- También refluirá por los bordes laterales ocupando el espacio del vestíbulo bucal y labial.
- Espere unos minutos hasta que el alginato pierda el brillo, compruebe la dureza con los dedos.
- Retire la cubeta de un solo movimiento axial. (evitará deformación posterior).

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	14 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

- No olvide realizar el vaciado entre los 15 y 30 minutos de la toma de impresión y no antes de los 15 minutos, porque el material debe recuperar su forma. (recuperación elástica del alginato) durante ese periodo de 15 minutos las impresiones deben ser guardadas en un contenedor hermético con unas gotas de agua, el más económico de los contenedores son la bolsas tipo Ziploc, por ser desechables. (Estudios realizados con contenedores herméticos, evitan la imbibición y sinéresis de los alginatos.
- El tiempo máximo de guardado dependerá del clima cálido o frío de la zona geográfica y de la saturación de humedad ambiente; para climas fríos el tiempo puede extenderse por un período de 6 horas y en climas cálidos es de 4 horas, en contenedores herméticos. Después de este tiempo las modificaciones dimensionales son mayores
- Al retirarla lave con agua corriente para eliminar restos de saliva, o en su defecto utilice el spray de la jeringa triple.
- Observe los detalles de impresión, y si ha logrado el objetivo de capturar las zonas anatómicas necesarias para la retención.
- Debe usar desinfectantes indicados para el material de impresión (alginato), el fabricante suele indicar en el envase del producto como llevar a cabo la desinfección sin alterar la estabilidad dimensional.
- El alginato es un excelente material de impresión, dado que suele haber una variación de 75 micrones, en los modelos primarios, en relación con las siliconas por adición que es de 25 micrones.

CUBETA INDIVIDUAL

Una vez obtenidos los modelos preliminares debe observar si en el modelo se han copiado las características anatómicas que son necesarias para confeccionar las respectivas cubetas individuales.

Características anatómicas de modelo primario superior

- Tuberosidades
- Escotadura hamular
- Fovéolas palatinas
- Rafe palatino medio
- Rugas
- Papila incisiva
- Región retrocigomática
- Procesos malares
- Frenilla bucal
- Frenillo labial

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	15 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

Características anatómicas de modelo primario inferior

- Repisa bucal
- Escotadura maseterina
- Papila retromolar o piriforme
- Fosa retromilohiidea
- Surco alveolo lingual ó línea oblicua interna
- Línea oblicua externa o vestíbulo bucal
- Frenillo bucal
- Frenillo labial
- Frenillo lingual
- Vestíbulo labial

Característica propias de una cubeta individual

- Individualizada: Limitada a las áreas anatómicas que se quiere impresionar
- Rígida: No hay deformación, en el proceso de confección, ni durante la toma de impresión.
- Soporte: Es la propiedad que tiene la cubeta individual para que no se produzca su impactación sobre las estructuras de apoyo (fibromucosa y hueso subyacentes); es decir, es la capacidad de dicha cubeta individual de oponerse a las fuerzas de compresión.
- Estabilidad: Es la propiedad que tiene la cubeta individual para conservar su posición de reposo o de volver a ella después de haber realizado el recorte muscular pasivo.
- Retención: Es la propiedad que tiene la cubeta individual para que no se produzca su extrusión, y por tanto su desestabilización en el sentido vertical de inserción; es decir, es la capacidad de dicha a cubeta individual de oponerse a las fuerzas de tracción. En algunas oportunidades puede tener esta característica, cuando los maxilares presentan rebordes alveolares altos. Y debe ser adquirida siempre en el maxilar superior, después del modelado de los bordes con compuesto de modelar de baja fusión. En el maxilar inferior con rebordes alveolares reducidos en altura, se hace difícil la retención.

SELLADO PERIFÉRICO

Con las cubetas individuales adaptadas a la boca del paciente se realiza el sellado periférico de ambos maxilares con modelina, o compuesto de modelar de baja fusión que se coloca en los bordes de las cubetas individuales en la fase plástica y se toma la impresión de la reflexión muscular. El fundamento del modelado marginal de la cubeta individual, es para que queden impresas las estructuras anatómicas y su movimiento natural.

Secuencia del sellado con compuesto de modelar

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	16 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

- Aspecto interior de la cubeta individual superior que muestra la adición en cinco pasos de compuesto de modelar utilizado el procedimiento de rectificación de bordes en la parte superior. El área de sellado posterior en palatino se registra primero , seguida de manera bilateral por los procesos retrocigomáticos y por último los vestíbulos bucal y labial.
- Superficie interior de la cubeta individual inferior que muestra la adición en ocho pasos del compuesto de modelar para el procedimiento de rectificación de bordes en la cubeta inferior. La escotadura maseterina y las áreas de extensión distal se capturan primero seguido por las áreas del vestíbulo bucal y repisa bucal , áreas del flanco labial, y por último, por los espacios retromilohiideo/milohiideo y del pliegue sublingual

SELECCIÓN DEL MATERIAL DE IMPRESIÓN.

Se dispone de numerosos materiales para la impresión para los procedimientos de impresión final:

- Pastas a base de Oxido de Zing Eugenol
- Siliconas por y adición.
-

La que con mayor frecuencia se utiliza en el servicio de Salud Oral en la especialidad de Rehabilitación Oral en el Hospital Militar Central son las pastas de Oxido de Zing Eugenol por la calidad de la impresión.

RODETES DE MORDIDA PARA REGISTRO INTERMAXILAR

En los modelos de trabajo se preparan los platos bases, en el caso del modelo inferior se deberá de realizar un alivio de los flancos linguales para evitar la retención excesiva de los platos bases de resina acrílica. Los platos bases se deberán probar y adaptar en la boca del paciente teniendo especial cuidado con los frenillos pues estos deberán tener libertad de movimiento; una vez adaptadas los platos bases se preparan los rodets de oclusión y contorno:

- El rodete superior deberá ser paralelo al plano bipupilar en el sector anterior y paralelo al plano de Camper en el sector posterior; para esto hacemos uso del plano de Fox,
- El rodete superior debe tener una altura de 20 mm. desde el fondo del surco hasta el plano oclusal y en la parte posterior debe tener una altura de 6 a 8 mm. En la zona anterior debe formar un ángulo de 60° a 70° con el plano oclusal del rodete de oclusión
- El rodete inferior deberá ser paralelo al modelo superior, tomando en consideración la dimensión vertical y el espacio libre interoclusal; en el sector posterior la altura del rodete inferior deberá estar al nivel de la mitad de la papila piriforme.
- El rodete inferior debe tener una altura de 16 a 18 mm. desde el fondo de surco hasta el plano oclusal y en su cara vestibular anterior debe ser recto con respecto al plano de oclusión. En su parte posterior el rodete debe terminar ligeramente por debajo de la placa base.
- El perfil facial del rodete superior debe dar soporte al labio superior, para determinar un ángulo aproximado de 90° con respecto a la base de la nariz.

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	17 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

REFERENCIA ANATÓMICAS EN LOS RODETES DE MORDIDA PARA LA ELECCIÓN DE LOS DIENTES PROTÉSICOS

- Línea de los cuellos dentarios. Esta línea se determina pidiendo al paciente que sonría. Debe marcar la línea que produce el labio superior sobre el rodete superior. Por esto es conocida como línea de la sonrisa; pero este nombre se la adjudica a la línea que demarca el labio inferior sobre el borde inferior de los dientes superiores.
- Línea media, es la línea que divide la mitad de la cara del paciente
- Cúspides de caninos. Se determina como una línea vertical que pasa por el fin del ala de la nariz y se encuentra con el plano oclusal. La distancia entre los caninos determina el ancho de los 6 dientes antero superiores. También puede marcar en el rodete de mordida la ubicación de las comisuras de los labios, la cual determinará la distancia de los dientes anteriores, medidas desde distal de canino a canino.
- Plano oclusal. Junto con la línea de los cuellos dentarios determina la altura de los 6 dientes antero superior.

SELECCIÓN DE LA FORMA, COLOR Y TAMAÑO DE LOS DIENTES PROTÉSICOS

El incisivo superior central se corresponde con el contorno facial. Para la "forma" de los dientes debe tenerse en cuenta los tres tipos faciales:

- Cuadrado
- Triangular
- Ovoide

Elección del tono o color de los dientes. El color corresponde al tinte o matiz, existe una clasificación de dientes por grupos de tonalidad.

- Grupo de dientes que predomina un matiz gris
- Grupo de dientes en el que predomina el color amarillo
- Grupo de dientes en el que predomina el color café
-

Al elegir un color de dientes no se elige un color universal para una persona, sino un tono que esté acorde con la edad del paciente y con el grupo étnico. Incluso los dientes naturales no tienen un color uniforme, hay diferencia en la luminosidad, por el espesor de la dentina; y varía si es el tercio incisal, tercio medio o el tercio cervical. También, hay variaciones de luminosidad entre los incisivos centrales, laterales y caninos. Por lo tanto el odontólogo debe decidir con buen criterio que tonalidad es la más apropiada, para que el resultado sea lo más natural posible.

TAMAÑO

Existe en el mercado la posibilidad de adquirir un muestrario de tonalidades de cada fabricante de dientes protéticos. La elección debe ser no solo por el costo, sino por la naturalidad y la estabilidad de color y forma en el tiempo.

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	18 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

SELECCIÓN DE DIENTES POSTERIORES

Por lo general identificado el tamaño y forma de los dientes anteriores, los fabricantes distribuyen para sus productos, unas tablas de correlación entre los dientes anteriores y posteriores. Con variación de la altura cuspídea, que va de los dientes no anatómico o 0°, hasta los anatómicos de 10° a 33°.

Pero el ideal de la elección de los dientes posteriores sucede cuando tenemos enfilado los dientes anteriores. Y utilizamos una línea que va desde distal de canino hasta la papila retromolar, cuando el reborde alveolar residual comienza a ascender; hasta ahí, debe llegar el borde distal del último diente. Ver fotos inferiores.

Enfilado siguiendo la recta que une distal de canino con la papila retromolar. Terminar el enfilado cuando el reborde alveolar residual del maxilar inferior comienza a ascender.

PRUEBA ENFILADO

Es la etapa clínica de probar los dientes artificiales con el paciente, para verificar :

- Estética
- Fonética
- Plano de oclusión
- Relación intermaxilar
- Oclusión

ESTÉTICA

Recuperación de las proporciones anatómicas del tercio inferior de la cara con respecto a los dos tercios superiores, en el plano frontal y sagital. Para ello necesitamos la aprobación del paciente y de ser posible de un eventual acompañante

Verifique:

- Soporte labial: El ángulo nasolabial debe ser de 90° si esto no se cumple tendrá insuficiente soporte labial y el bermellón del labio se verá reducido. Como se muestra en la fotografía derecha
- La unión de la mucosa oral solamente debe ser visible cuando los labios son ligeramente separados. Si no es visible hay insuficiente soporte.
- Los labios se encuentran en la unión del epitelio oral y la mucosa de transición.
- Línea de la sonrisa: los dientes superiores deben seguir la línea que dibuja la superficie del labio inferior

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	19 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

- Los bordes de los dientes superiores siguen la línea o plano del labio inferior
 - Evite " La sonrisa de dentadura postiza"
 - Dientes demasiados pequeños.
 - Dientes que no se muestran demasiado
 - Dientes que solo se ven al mascar o al sonreír.
 - Dientes muy parejos que se parecen a un teclado de piano

Pasillo bucal: es el espacio que debe existir entre los premolares y el carrillo, y se observa de color oscuro. Cuando este espacio se invade con los dientes, no se observa el pasillo bucal.

Al sonreír el borde inferior del labio superior debe relacionarse con el cuello de los dientes antero superiores. Lo normal es que no se vea encía.

Recordemos que en un desdentado total la encía es acrílico rosado, y delata la presencia artificial.

La Línea media de los incisivos debe corresponderse con la línea media del rostro del paciente, puede tener un desvío de un milímetro a la derecha o izquierda., para parecer más natural.

Suficiente espacio para la lengua, este espacio se realiza tirando una línea imaginaria que va de distal de canino hasta la papila retromolar

Al paciente se le hace abrir un poco la boca y se le pide que protruya la lengua entre las arcadas dentarias, la prótesis inferior no debe sufrir desplazamiento.

FONÉTICA

Los incisivos centrales superiores deberían tocar suavemente el labio inferior para los sonidos de las letras "F" y "V"(.fricativas labiodentales) Los sonidos de la letra "S" (alveolar) se logra con acercar los bordes incisales de los dientes superiores e inferiores

Evitar el Ceceo

- Demasiada sobremordida : más de 2 mm.
- Los espacios o diastemas permiten el escape de aire, una llave canina inapropiada genera un diastema, ver fotograma
- Demasiado contorno palatino y bóveda palatina protética muy abultada
- Quite cera para proporcionar más espacio.
- Una forma de arco demasiado amplio produce ceceo

PLANO DE OCLUSIÓN

El paciente al sonreír, nos permite también evaluar el plano de oclusión. Podemos verificar si es paralelo al plano de Camper y a la línea bipupilar, utilizando la regla de Fox sobre los dientes artificiales del enfilado superior.

RELACIÓN INTERMAXILAR

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	20 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

Dimensión vertical en oclusión

- El tercio inferior, tomado como un sector que va desde la base nasal hasta el borde del mentón debe ser proporcional a los dos tercios superiores de la cara.
- El paciente en reposo y con el plano mandibular paralelo al piso; debe tener un espacio de 2 a 4 Mm. entre las cúspides de las prótesis. Se llama posición postural de reposo
- El paciente debe deglutir con naturalidad.
- Control de la relación céntrica en oclusión
- Con el papel de articular verifique los contactos dentarios en "céntrica"
- Tenga en cuenta que en una completa lingualizada debe encontrar contactos firmes en cúspides palatina de premolares y molares superiores y en fosas centrales de premolares y molares inferiores, en oclusión céntrica.
- En dientes anteriores no debe haber contactos firmes en oclusión céntrica.

INSTALACIÓN Y CONTROL

Se realizan una serie de controles y chequeos por el odontólogo hasta obtener el ajuste y asentamiento de estas en los tejidos, que le sirvan de soporte definitivo, hasta que no existan alteraciones o molestias. Es sabido por todos que una prótesis casi nunca asienta en forma correcta en los tejidos humanos de primera intención, por lo que es necesario un espacio de tiempo para que las prótesis instaladas asienten definitivamente sin producir molestias o alteraciones de tipo locales, generales y psicológicos, ya que es necesario una adaptación integral prótesis-paciente para que el organismo se acostumbre debidamente al cuerpo extraño representado por la aparatología, una vez efectuada la instalación de estas en su boca.

En el acto de la instalación hay que tener en cuenta diferentes aspectos para obtener buenos resultados como son:

- Examen de la prótesis terminada.
- Adaptación.
- Retención.
- Oclusión.
- Técnica de ajuste oclusal.
- Instrucciones al paciente.
- Control periódico.

En la instalación de prótesis totales debe revisarse cuidadosamente su superficie interna, aquella que se relacionará directamente con la mucosa bucal, puesto que la superficie externa de la prótesis se encuentra, por lo regular, muy bien pulida. Cualquier alteración existente (presentar bolitas, rebordes afilados, pestañas y otros defectos) puede ser corregida de inmediato con ayuda de fresa grandes o de piedras para acrílico. Estas alteraciones muchas veces con la vista las detectamos, pero en la mayoría de los casos es mejor reconocerlas pasando el pulpejo del dedo índice por la superficie palatina de la

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	21 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

dentadura superior, así como por los rebordes alveolares residuales de los inferiores siempre que el ancho de estas lo permita.

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE EN EL USO Y MANTENIMIENTO DE LA PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE

Limitaciones de las prótesis:

- Las prótesis son menos eficientes que los dientes naturales.
- Algunas personas pueden comer todos los productos de alimentación fácilmente, pero son la excepción.
- Generalmente a mejor reborde alveolar residual, menos problemas.
- Deberían informar a pacientes de rebordes mínimos que sus prótesis probablemente se moverán y disminuirá su eficacia masticatoria
- Los pacientes con rebordes mínimos probablemente encontrarán mas molestias (dolor) que otros.
- Es sabio advertir estas limitaciones a pacientes antes de la cita de entrega, de modo que sea visto como una explicación, más bien que una excusa.

La adaptación a la prótesis de completa depende de:

Como nuevas prótesis por lo general en algunos aspectos con las viejas prótesis, esto requerirá tiempo para adaptarse a ellas (adaptación neuromuscular).

Los estudios muestran que esto puede tomar 6 a 8 semanas para adaptarse a las nuevas prótesis (informar al paciente)

Obliga a una adaptación de la prótesis completa, porque los propioceptores del ligamento periodontal han desaparecido por la pérdida de los dientes naturales y los propioceptores de la mucosa son cubiertos con acrílico.

La adaptabilidad es afectada por: El tiempo que lleva usando prótesis

Cantidad de reborde residual alveolar

Grado de cambios hechos en las nuevas prótesis

La variación individual (por ejemplo: pacientes con percepción más aguda en la mucosa tienen más dificultad en adaptarse) La adaptación a la masticación puede ser afectada si:

- Si ha cambiado la relación céntrica
- Si ha cambiado la posición de los dientes en particular los incisivos
- Si ha cambiado la dimensión vertical o también llamada la altura facial inferior.

Estos pacientes pueden experimentar una disminución en la eficacia masticatoria y lastimarse por efecto de la masticación, el carrillo o los labios. La adaptación puede ser mejorada al principio comiendo productos blandos y aumentando la consistencia de los alimentos en forma paulatina y en trozos pequeños.

La adaptación puede ser acompañada por un aumento inicial y transitorio de la saliva. Los pacientes deberían ser informados de la necesidad de perseverar mientras su neuromusculatura se adapta a las nuevas prótesis.

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	22 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

- La oratoria puede ser afectada por cambios de :
 - Posición de diente (en particular anteriores)
 - El espacio de la lengua (en particular si los pacientes han estado sin prótesis desde hace algún tiempo)
 - El contorno palatino puede traer problemas del habla, que por lo general son transitorios.
 - El aspecto puede ser cambiado en algunos individuos. Estos cambios son por lo general debido a :
 - Una mayor longitud de los incisivos
 - Cambios en la dimensión vertical ó altura facial inferior
 - Mayor soporte labial (menos arrugas)

En la mayor parte de casos estos cambios aparentemente serán beneficiosos y no deben preocupar al paciente. Sin embargo, puede ser de interés, si el aspecto ha cambiado radicalmente. Los pacientes pueden requerir un tiempo para acostumbrarse, y si el cambio no es el deseado, deberá empezar desde el principio.

- La higiene bucal
 - Afectada por la retención de placa, la inflamación de mucosas y la halitosis.
 - Cepillar la mucosa con un cepillo de diente suave y agua caliente de la llave.
 - Proporcionar instrucciones apropiadas y demostrar cómo higienizar la prótesis.
 - El revelado de placa de la prótesis puede ser usado para ilustrar al paciente de cómo se adhiere la placa bacteriana.
- De las prótesis:
 - El cepillado ha sido el mejor método para eliminar la placa bacteriana.
 - Usar un producto de limpieza no abrasivo. Los pacientes no limpian en forma vigorosa la unión entre dientes y base de prótesis, así como los espacios entre dientes
 - Usar un cepillo suave y de cerdas largas para limpiar el interior de la prótesis
 - Utilizar una manopla o servilleta para tener la prótesis. Cuando se higieniza, esto evitará roturas por caída.
 - El cepillado debe ser después de cada comida y antes de irse a dormir.
- Limpiadores químicos:
 - Deben ser usado de la noche a la mañana para ser eficaz (15-30 minutos no son suficientes), Sin embargo hay algunos fabricantes que recomiendan 5 minutos para evitar manchar de color amarillo los aparatos.
 - La acción mecánica del cepillado es más eficaz para eliminar placa (60-80 % contra el 20-30 % de los limpiadores químicos si no se cepilla)
 - Combinando ambos métodos se logra mantener la prótesis en buenas condiciones de higiene y libre de manchas.

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	23 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

- Limpiadores Ultrasónicos:
 - Los limpiadores sónicos solo son eficaces utilizando limpiadores químicos. (el cepillado es más eficaz)

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

La instrucción al paciente es fundamental, puesto que debe tomar decisiones y es el encargado de cuidar de su salud y de sus prótesis. En ocasiones puede haber sido portador de otra o no tener experiencia, por lo que es necesario realizar algunas recomendaciones y conversar con él para informarle sobre las dificultades que puedan aparecer, por lo que se deben dar las siguientes instrucciones con el objetivo de mejorar la calidad de vida y lograr el éxito del tratamiento.

QUÉ DEBE ENSEÑARSE AL PACIENTE

CÓMO COLOCAR Y RETIRAR SUS PRÓTESIS

Debe enseñarse cómo colocar y retirar sus prótesis en la consulta, a veces es necesario auxiliarnos del espejo facial para que ejercite la ejecución, dándole a conocer los puntos de estabilidad de la dentadura, informar al paciente que para una visión adecuada de sus prótesis el espejo debe ser sostenido a la distancia de un brazo más o menos, ya que es así como lo verán las otras personas.

TIEMPO DE USO.

No se recomienda el uso nocturno para que la mucosa se libere del contacto con las bases, ya que es un material extraño que en algunos individuos puede ocasionar debido sobre todo por prótesis mal curadas, porque el monómero en exceso al mezclarse con la saliva irrita químicamente los tejidos. Algunos pacientes portadores de prótesis le es imposible la retirar su dentadura, ya que puede afectarle su integridad psíquica y emocional, además de las razones estéticas muy justificadas; en estos casos se recomienda dentro de sus posibilidades el descanso en un lapso de 3 horas, y de no ser posible, mantenerla lo más higienizado posible. Cuando la dentadura se retire para el descanso de la mucosa, debemos indicar que la conserve en un vaso con agua para evitar una desecación prolongada que proporcionará cambios volumétricos, además como la mucosa es húmeda al mantenerlas hidratadas facilitara la rápida adhesión a los tejidos que la soportan.

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	24 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

LA MASTICACIÓN.

Masticar cuidadosamente con sus prótesis hasta visitas posteriores en que el odontólogo que realizará los ajustes necesarios que le permitirán masticar eficientemente; se recomienda durante los primeros días ingerir alimentos blandos y poco adhesivos

Masticar despacio y con regularidad para irse acostumbrando a la presión que ejerce las prótesis sobre los rebordes.

Evitar bocados demasiado grandes; al principio se deben cortar pedacitos pequeños

Se debe empujar el alimento hacia atrás y distribuirlo en ambos lados para hacer una masticación bilateral y lograr estabilidad.

Informarle al paciente que no se inquiete por la movilidad de sus prótesis, ya que siempre sucede al masticar.

Recordarle al paciente que la prótesis puede ocasionar grandes molestias e incluso puntos dolorosos de presión; que no se desanime y acuda a la consulta para ser aliviado.

FONACIÓN.

Hay que explicar al paciente que el habla puede estar alterada, por lo que debe practicar leyendo en voz alta o controlándose frente a un espejo, no debe repetir las mismas palabras, pues la impresión de no hablar con corrección se convertirá en un obstáculo mental durante el período de adaptación. En este aspecto se han observado en dentadura construida correctamente, 3 aspectos que pueden traer dificultades, por lo que el especialista debe analizar, y son las siguientes:

- Exceso de saliva. El exceso de saliva es normal; al colocar las prótesis durante las primeras horas, las glándulas salivales se estimulan, por lo que hay que explicar al paciente que esto se detendrá dentro de algunas horas y sus palabras no serán confusas .
- Lengua grande (macroglosia) La lengua tardará 4 ó 5 semanas en reducir a su tamaño normal, aún en presencia de una lengua agrandada, es posible hablar con comodidad en 24 a 48 horas.
- Material de base que cubre el paladar. El paladar duro se cubre con la capa de material de base que excede en mucho al espesor del tejido perdido en esa zona, esto puede alterar la conducción de las ondas sonoras hasta el mecanismo auditivo del paciente, en muchos casos sus tonos suenan como extraños para él, no siendo así para sus interlocutores, esto es algo temporal que se disipa en horas o pocos días como máximo, por lo que debe ser explicado al paciente.

HIGIENE BUCAL.

El uso de una prótesis total presenta una gran ventaja de mantener la boca en grado de higiene superior a la de los individuos dentados; en estos

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	25 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

pacientes es fácilmente realizable, ya que la dentadura puede higienizarse varias veces al día, por lo que debemos explicar.

- Mantener la higiene bucal de la mucosa mediante buchadas o enjuagues preferiblemente con agua tibia y algún tipo de antiséptico.
- La prótesis debe mantenerse limpia con un cepillado frecuente al levantarse, después de cada comida y al acostarse, para adquirir el habito de la higiene bucal.
- No utilizar la limpieza de la prótesis mediante agentes químicos, ya que pueden atacar el material de base y originar lesiones a la mucosa bucal si no es eliminado totalmente, en caso de emplearlos, la inmersión de las prótesis en el producto no debe exceder más de media hora y no realizarlo durante la noche.
- La limpieza de las prótesis debe realizarse con cepillos de cerdas de ambos lados con el haz más grueso las superficies grandes y con el haz pequeño las zonas de difícil acceso, y no deben utilizarse sustancias abrasivas que puedan hacer surcos o grietas donde puedan adherirse restos de sustancias alimenticias y proliferación de colonias bacterianas.
- No olvidar limpiar paladar y lengua con un cepillo blando.

PACIENCIA.

Se le debe explicar al paciente que se necesita tiempo para poder manipular su dentadura. Durante los primeros días notara que es un cuerpo extraño, esto provocara una mayor secreción de saliva, por lo que es necesario deglutir frecuentemente, la situación pronto mejorará

El paciente debe saber que se está haciendo lo que se puede para resolver el problema de acuerdo con sus características personales, gustos, hasta donde sea compatible, aplicando técnicas definidas, condicionadas a sus circunstancias particulares, por lo que una vez colocadas las prótesis el paciente debe tener la paciencia para poder vivir con ella, tolerarlas, hablar, expresarse, reír, bostezar, beber, toser, estornudar, comer. Al principio puede hacer rechazo, pero con el transcurso de los días, el éxito dependerá no solo de la habilidad del especialista ni de la técnica, sino del estado de los maxilares, tejidos vecinos, habilidad y cooperación del paciente para manejar sus prótesis.

La prótesis inferior requiere más paciencia que la superior, ya que el tiempo de adaptación y aprendizaje es más largo, no deben inquietarse si el espacio lingual es más estrecho, la lengua se acostumbrará a la nueva situación, muchos pacientes conocen de esta situación, pero para ayudarlos en la comprensión se les dirá. La dentadura descansa en la mandíbula que se mueve en varias direcciones.

- El piso de la boca se mueve hacia arriba y hacia abajo dentro de los límites del reborde inferior.
- La lengua, carrillos y labios están en contacto con las dentaduras que ejercen fuerzas de desplazamiento contra ella, si se le agrega un flujo salival y reborde residual escaso, el problema es mayor, por tal razón los tejidos deben estar relajados, pues si se encuentran rígidos ejercerán influencia expulsiva sobre la prótesis y tomará mas tiempo en adaptarse.

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	26 DE 28		

5. RECOMENDACIONES

PUNTOS DE PRESIÓN

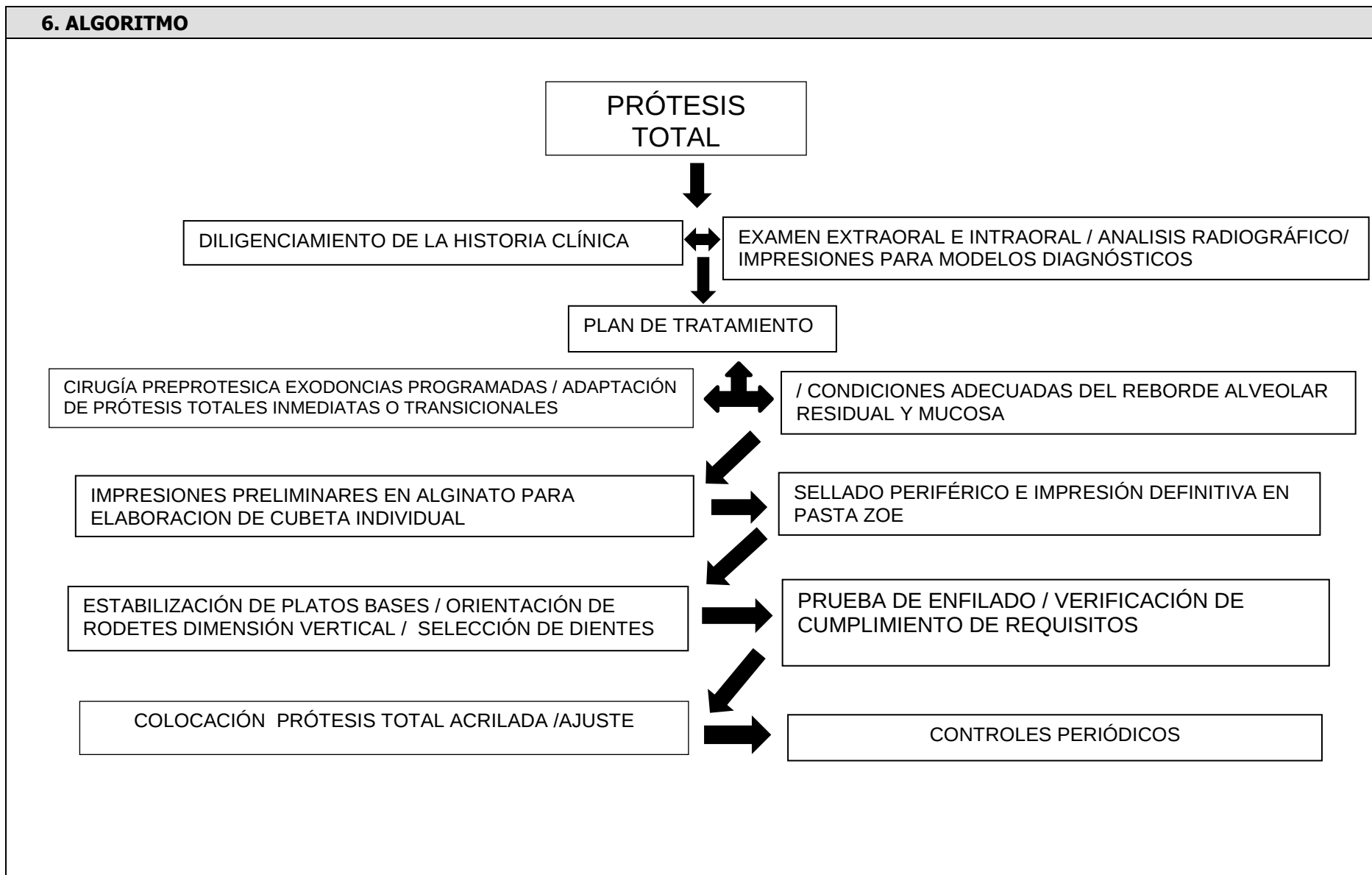
Las nuevas prótesis causaran pequeñas molestias y puntos dolorosos de presión, se le debe informar al paciente que no intente rebajar sus prótesis ni repararlas, solo el especialista posee los conocimientos necesarios para que en las visitas de control sean eliminados y se controle el ajuste de la dentadura o cualquier alteración de los tejidos que puedan presentarse.

CONTROL PERIÓDICO

El control periódico de las prótesis, deberá realizarse con frecuencia para el correcto mantenimiento y el control del daño que puedan ocasionar en los tejidos de soportes mediante ajustes, retoques y correcciones oclusales o la indicación de nuevas prótesis según las condiciones

GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	27 DE 28		

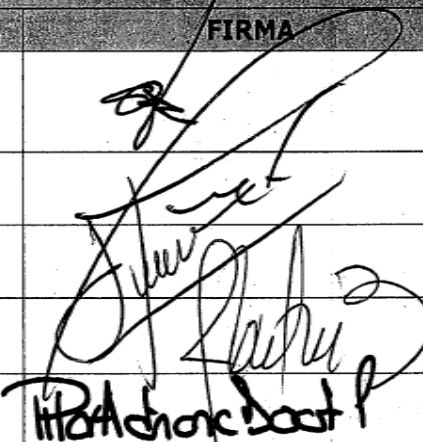
6. ALGORITMO



GUÍA DE MANEJO	EDENTULISMO TOTAL	CÓDIGO	CI-SOCM-GM-30	VERSIÓN	01
		Página:	28 DE 28		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
	N.A.			

8. ANEXOS				
BIBLIOGRAFÍA				
1. JOSÉ MARÍA LLENA PLASENCIA, Prótesis Completa. Editorial Labor. Primera Edición. 1988				
2. GUÍA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN. Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia. Primera Versión Bogotá. FEBRERO 2013.				
3. ROBERT L. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Prótesis Completas: Mc Graw Hill Interamericana; 1996.				

APROBACIÓN				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Sergio Callamand	Servidor Misional en Sanidad Militar - Rehabilitador Oral	Octubre del 2015	
	TC. Sergio Castellanos García	Líder de Área de Salud Oral y Cirugía Maxilofacial	Octubre del 2015	
REVISÓ	CR.MED. Juan Carlos Luque Suarez	Jefe Unidad Clínico Quirúrgica	Octubre del 2015	
APROBÓ	BG. MD. Clara Esperanza Galvis	Subdirector sector defensa – subdirección médica	Octubre del 2015	
PLANEACIÓN – CALIDAD Asesoría Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad	Octubre del 2015	