

CAPÍTULO

# 4

## Diagnóstico y plan de tratamiento

*Dr. Jack Morris*

Para tener un pronóstico excelente en todo tratamiento dental se requiere la planificación previa adecuada que incluirá el examen minucioso, el diagnóstico y un plan de tratamiento. Recién una vez completado el examen y evaluada toda la información diagnóstica se formalizará el diagnóstico, el plan de tratamiento y el pronóstico final y se lo analizará con el paciente. Antes de iniciar el tratamiento definitivo puede ser necesario hacer cirugía preprotésica, tratamiento antimicótico o rebasados blandos para obtener una mejor salud de los tejidos. Antes de formular un plan de tratamiento es preciso evaluar con el paciente todas las opciones terapéuticas razonables para incluir prótesis implantosoportadas o retenidas por implantes. El plan de tratamiento final debe ser el mejor tratamiento para el paciente basado en el motivo de la consulta, los antecedentes sistémicos, el examen clínico, los recursos financieros y el tiempo requerido para completar el tratamiento planeado. El odontólogo debe tener en cuenta que de la misma manera que la complejidad del tratamiento de los pacientes dentados varía, la dificultad del plan de tratamiento de los pacientes edéntulos también lo hace. A veces, esto significa que basándose en la evaluación que hace el dentista y el deseo del paciente de tener una restauración compleja sobre implantes, es preciso derivarlo al especialista para su tratamiento. Para tratar con buenos resultados al paciente edéntulo el odontólogo debe poseer buenas aptitudes para el diagnóstico y el plan de tratamiento que identifiquen la complejidad. Una vez adquiridas esas aptitudes, aumentarán tanto el éxito del dentista en el tratamiento de pacientes edéntulos como la cantidad de derivaciones al especialista en prótesis.

Se requiere mucha información para completar un diagnóstico adecuado, incluida la actitud del paciente, las afecciones sistémicas pasadas y presentes, las afecciones dentales pasadas y presentes y los exámenes intraoral y extraoral.

## Diagnóstico

M. M. Devan dijo que “debemos encontrar la mente del paciente antes de encontrar la boca”. Los pacientes edéntulos acuden a nosotros buscando soluciones para sus problemas y muchas veces esos problemas son físicos y psicológicos. Una buena entrevista inicial es decisiva para el diagnóstico. Los odontólogos deben dejar que los pacientes les hagan saber el motivo de la consulta con sus palabras y tomar nota de cómo se presentan. Esto incluye cómo se viste, su preocupación por su aspecto externo y su actitud general y expectativas acerca del tratamiento.

Como prestador de un servicio de salud es importante no tratar a un extraño. Tomarse el tiempo necesario para que el paciente exprese sus preocupaciones y expectativas contribuye a que tengan confianza en la capacidad del dentista para diagnosticar y tratar adecuadamente su afección bucal.

## Antecedentes sistémicos

La confección de una ficha detallada de los antecedentes sistémicos debe ser uno de los primeros pasos del tratamiento adecuado de todo paciente dental. Un buen interrogatorio de los antecedentes sistémicos combinado con la calificación verbal

del paciente es esencial para todo plan de tratamiento. Se anotará toda afección sistémica o psicológica que se desvíe de “lo normal” y se evaluará su posible efecto sobre el plan de tratamiento. Los diabéticos no controlados, los pacientes con enfermedad cardiovascular y el consiguiente tratamiento con anticoagulantes y los inmunosuprimidos pueden ser excelentes pacientes protésicos pero pueden ser considerados no aptos por su riesgo quirúrgico y, por lo tanto, la cirugía preprotésica puede estar contraindicada. La fecha de su último examen físico es importante porque el estado de la enfermedad sistémica pudo haber cambiado notablemente si el último examen fue hecho varios años atrás. Antecedentes de enfermedades de la motricidad, como la enfermedad de Parkinson, puede afectar la capacidad de hacer el tratamiento así como la posibilidad de que el paciente use bien la prótesis. Pacientes con antecedentes de trastornos psicológicos y discapacidad cognitiva pueden tener expectativas poco razonables acerca del tratamiento de prótesis completa y pueden ser incapaces de colaborar adecuadamente en su propio cuidado. Una situación que puede alterar el tratamiento común es el antecedente de irradiación de cabeza y cuello que podría complicar toda necesidad de cirugía preprotésica y también producir xerostomía.

## Enfermedad sistémica actual

Es esencial actualizar la ficha sistémica en cada sesión de seguimiento para asegurarse de que el paciente tiene el control adecuado de su enfermedad sistémica y de que está tomando correctamente la medicación. En los ancianos es frecuente la administración de varios medicamentos, muchas veces recetados sin coordinación entre diferentes médicos. Si el odontólogo tiene alguna preocupación acerca de un determinado medicamento o medicaciones con posibles conflictos conviene que se haga una derivación al médico de atención primaria. Las consultas se hacen por escrito para que los médicos correspondientes evalúen toda enfermedad sistémica. Muchos ancianos deber ir acompañados a estas sesiones por amigos o miembros de la familia a los que también se podrá interrogar acerca de la salud del paciente.

Los signos vitales como presión arterial y pulso son importantes para establecer valores iniciales; si no están dentro de límites normales también corresponde la derivación. Los signos vitales iniciales constituyen información decisiva para toda emergencia sistémica futura. Muchos de los medicamentos actuales causan xerostomía, que afecta la salud bucal y la capacidad de usar bien las prótesis completas. Los pacientes que toman antihistamínicos, así como medicación para la depresión, ansiedad, presión alta, relajación muscular, incontinencia urinaria y enfermedad de Parkinson, pueden tener la boca seca como efecto colateral. Hay que identificar toda alergia y anotarla en la ficha. Es muy importante conocer las alergias a antibióticos o medicamentos para el dolor, porque a veces es necesario tratar infecciones dentales o dolor después de las cirugías preprotésicas.

Cada vez más se identifican pacientes alérgicos al látex y a metales, particularmente el níquel. Estas alergias debe ser tenidas en cuenta incluso durante la atención habitual y cuando se piensa usar metal en una prótesis parcial removible.

La ficha sistémica debe incluir signos vitales, medicación que se toma, alergias, antecedentes sistémicos y enfermedad sistémica actual. Es esencial tener la información

suficiente para que el dentista pueda valorar la salud general. ¿Podrá tolerar sesiones prolongadas o, debido a las fallas de su salud, las sesiones deberán ser tan cortas cuanto sea posible? Un buen cuestionario sistémico escrito y una entrevista verbal son esenciales para que el dentista establezca el diagnóstico y el consiguiente plan de tratamiento, así como el pronóstico proyectado para el paciente de prótesis completa.

## Antecedentes dentales

El examen dental completo incluye una historia dental minuciosa que incluye por lo menos lo siguiente: ¿Cuál es el motivo de la consulta? ¿Sus dientes se perdieron por caries, enfermedad periodontal o traumatismos? ¿Lesionó la enfermedad periodontal o el traumatismo los rebordes alveolares? ¿Hace cuánto que está edéntulo? Si está edéntulo hace un cierto tiempo y nunca usó prótesis, ¿por qué? ¿Hace cuánto que usa prótesis completa? ¿Se confeccionaron las prótesis después de cierto tiempo de cicatrización o se las instaló de inmediato? Es previsible que un paciente con extracciones recientes tenga mayores cambios en el reborde residual que aquél a quien le faltan los dientes hace muchos años. ¿Ha tenido buena atención de seguimiento que incluye rebasados o la confección de una prótesis nueva? Si no es así, ¿por qué? ¿Son las prótesis todo lo extendidas, estables y retentivas que deben ser? ¿Son aceptables la estética y la fonética de las prótesis actuales? ¿Es posible introducir mejoras importantes? ¿Son razonables las expectativas del paciente? ¿Cuánto se ve de los dientes en reposo y al sonreír? ¿Es aceptable la dimensión vertical de la oclusión de las prótesis existentes? ¿Son los dientes protésicos de porcelana o de plástico y cuál es el esquema oclusal? ¿Tolerará el paciente un cambio si estuviera indicado? Sobre todo, ¿está satisfecho con su prótesis actual? ¿Cuáles son sus preferencias acerca de las prótesis existentes? ¿Cuáles son sus expectativas en cuanto a las prótesis nuevas? ¿Puede usted, como odontólogo, satisfacer esas expectativas? ¿Se justifican las molestias que tiene el paciente en la actualidad? ¿Cuántas prótesis tuvo en los últimos cinco años? Alguien que se presenta con dos juegos de prótesis o más habla de demasiada exigencia o una actitud mental poco razonable.

## Examen clínico extraoral

Una buena técnica de diagnóstico físico incluye la observación, la palpación y la auscultación que se deben utilizar al realizar el examen clínico de la cabeza y el cuello. Al examinar a un paciente es importante ser minucioso y ordenado. Para ello, es útil seguir una planilla de examen clínico (Fig. 4-1). Se observa el grado de movimiento mandibular para detectar todo movimiento irregular o desviaciones. Se observarán los músculos de la masticación y de la expresión facial durante los movimientos y la conversación, y también se los palpará para localizar dolor o disfunción. El movimiento mandibular o trastornos/dolor temporomandibulares incoordinados complican por cierto todo intento por obtener registros interoclusales precisos y pueden ayudar a determinar que en ese paciente es mejor establecer un esquema oclusal simple. Las articulaciones temporomandibulares se palpan y se auscultan para detectar dolor, sensibilidad o chasquidos.

**Ficha de examen, diagnóstico y plan de tratamiento protésico completo**

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**1. Motivo de la consulta** (con las palabras del paciente):**2. Antecedentes dentales:**

- a. Fecha de la última visita al dentista:
- b. Razón de la última visita y tratamiento realizado:
- c. Fecha de la última extracción:
- d. Tipos de prótesis previa:
- e. Cantidad de prótesis completas previas:
- f. Capacidad de adaptarse a las prótesis previas:
- g. Reacción del paciente al tratamiento previo:

**3. Evaluación de prótesis actuales:**

- a. Estética:
- b. Fonética:
- c. Dimensión vertical de la oclusión:
- d. Extensión de la base:
- e. Estabilidad y retención:
- f. Oclusión:
- g. Posición dentaria V-L:
- h. Altura del plano oclusal:
- i. Patrón de desgaste dentario:
- j. Higiene de la prótesis:
- k. Signos de autoadaptación:
- l. Críticas del paciente a la prótesis previa (palabras propias):
- m. Expectativas del paciente acerca de la prótesis nueva:
- n. Compare sus observaciones con los comentarios del paciente:
- o. Problemas notados:
- p. ¿Se pueden introducir mejoras?

**4. Examen de tejidos blandos:** (observe zonas de posible patología):**5. Examen de tejidos duros (examen radiográfico):** ¿Se requiere cirugía preprotésica? ( )

**6. Saliva:** cantidad:           excesiva ( )           escasa ( )           normal ( )  
 consistencia:           espesa ( )           fluida ( )           normal ( )

**7. Aspecto facial:** frontal: cuadrado ( )   afinado ( )   ovalado ( )   combinado ( )  
 perfil: recto ( )   curvo ( )   combinación ( )  
 tono muscular:   bueno ( )   aceptable ( )   malo ( )

**8. Forma de los labios:** longitud:           largo ( )           corto ( )   normal ( )  
 espesor:           grueso ( )           delgado ( )   normal ( )  
 curvatura:           curvado hacia arriba ( )   curvado hacia abajo ( )

**9. Forma del reborde maxilar:** Forma del reborde mandibular:

- a. forma \_\_\_\_\_ a. forma: \_\_\_\_\_ cuadrada, afinada, ovalada, combinada
- b. tamaño \_\_\_\_\_ b. tamaño: \_\_\_\_\_ grande, mediano, pequeño
- c. ancho \_\_\_\_\_ c. ancho: \_\_\_\_\_ ancho, estrecho, intermedio
- d. sección transversal \_\_\_\_\_ d. sección transversal: \_\_\_\_\_ cuadrada, trapezoidal, triangular, plana

**10. Relación del reborde:**

- a. Anteroposterior \_\_\_\_\_ Cl I (normal), Cl II (retro), Cl III (prog)
- b. Mesiolateral \_\_\_\_\_ normal, cruzada unilateral, cruzada bilateral
- c. Paralelismo \_\_\_\_\_ paralela, divergente, convergente

**11. Tuberosidades:** D \_\_\_\_\_ (hueso/tejido blando) grandes, medianas, pequeñas, retentivas  
 I: \_\_\_\_\_ (hueso/tejido blando) grandes, medianas, pequeñas, retentivas

**12. Espacio entre rebordes:** grande ( )   pequeño ( )   intermedio ( )

(Continúa)

<b>13. Lengua:</b>	tamaño: grande ( )	pequeña ( )	intermedia ( )
	posición: retraída ( )	normal ( )	
	control: puede mover en distintas direcciones ( ) no puede ( )		
<b>14. Forma del paladar duro:</b>	bóveda alta ( )	bóveda aplanada ( )	intermedia ( ) en V ( )
<b>15. Forma del paladar blando:</b>	CI I (gradual) ( )	CI II (moderada) ( )	CI III (empinada) ( )
<b>16. Piso de boca:</b>	localización: alto ( )	bajo ( )	intermedio ( )
	movilidad: móvil ( )	inmóvil ( )	intermedia ( )
<b>17. Capacidad del paciente de repetir RC:</b>	fácil ( )	difícil ( )	imposible ( )
<b>18. Actitud mental del paciente:</b>	filosófica ( )	exigente ( )	histérica ( )
	indiferente ( )	senil ( )	
<b>19. Capacidad de adaptación del paciente:</b>	buena ( )	escasa ( )	
<b>Pronóstico del tratamiento:</b>	bueno ( )	aceptable ( )	malo ( )
<b>Resumen de procedimientos especiales:</b>	radiografías complementarias ( )		
	biopsia ( )		
	cirugía preprotésica ( )	plantilla quirúrgica ( )	
	acondicionamiento de tejidos ( ) tratamiento antimicótico ( )		
<b>Plan y secuencia de tratamiento:</b>			

Figura 4-1 Ficha de examen, diagnóstico y plan de tratamiento protésico completo.



Figura 4-2 Queilitis angular

El cuello se palpa para examinar abultamientos o ganglios linfáticos agrandados. Los labios y la piel se evalúan para comprobar que no haya lesiones sin cicatrizar ni nevos. En las comisuras labiales se comprueban manifestaciones de queilitis angular (Fig. 4-2). Se anota cuál es la longitud, el espesor y la curvatura de los labios con la prótesis actual puesta. Se observa la forma del rostro de frente y de perfil. Asimismo, se toma nota de la línea media facial. ¿Coinciden la línea media del labio y la línea media en su prótesis superior?

## Examen intraoral

El examen intraoral debe comenzar con una evaluación general de la mucosa bucal (Fig. 4-3). Obsérvese el estado de la mucosa, especialmente si es fofa o desbordada, rosada y sana o roja y edematosa. También hay que notar zonas demasiado gruesas o demasiado delgadas de la mucosa bucal. Se evaluará la mucosa en relación al reborde. Así, por ejemplo, ¿hay zonas grandes de tejido insertado queratinizado en el reborde o en su mayor parte la mucosa se mueve sobre el reborde? Por lo general, hay que 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.

Algunos pacientes portadores de prótesis completa no retiran ni limpian sus prótesis por períodos prolongados (Fig. 4-4) y, por consiguiente, pueden tener tejidos sumamente irritados y traumatizados (Fig. 4-5). Estos pacientes son mucho más propensos



Figura 4-3 Lesión hiperqueratósica en la mucosa del carrillo.

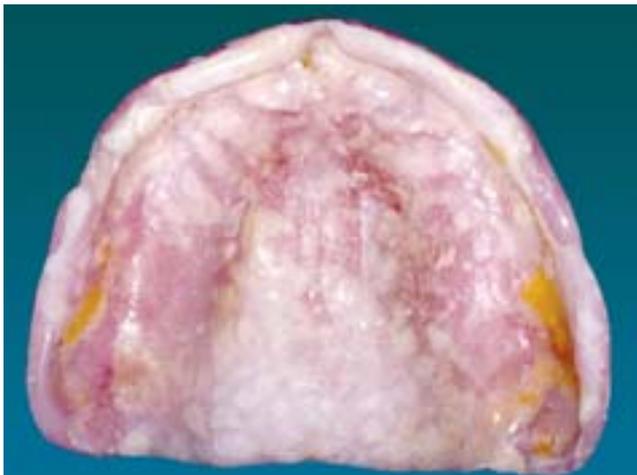


Figura 4-4 Prótesis de un paciente que no la retiraba para limpiarla.



Figura 4-5 Estomatitis por prótesis. Obsérvese los tejidos muy inflamados de un paciente que raramente retiraba su prótesis completa superior.

a la proliferación de hongos y la colonización de las prótesis y la consiguiente hiperplasia papilar inflamatoria especialmente en el paladar (Fig. 4-6)-. Las zonas agrandadas de tejido adyacente a los bordes protésicos, denominadas épulis fisurado (Fig. 4-7) suelen ser bastante dolorosas y están causadas por los flancos protésicos excesivamente largos. También hay que tomar nota de estas zonas y programar su excisión quirúrgica si no se resuelve después de la eliminación de los bordes sobreextendidos.

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. Un paciente con xerostomía o saliva excesiva que contiene mucho mucus puede tener dificultad en obtener un sellado adecuado de su prótesis. Si el flujo salival normal se beneficiará con sus cualidades de adhesión y cohesión. Los pacientes con boca seca



Figura 4-6 Hiperplasia papilar inflamatoria. Esta lesión debe ser tratada antes de confeccionar una prótesis nueva.



Figura 4-7 Épulis fisurado. Generalmente causado por un flanco protésico sobreextendido.

no sólo tienen mala retención de sus prótesis sino que también mayor tendencia a la sensibilidad de la mucosa bucal. Durante el examen es conveniente observar si tiene reflejo nauseoso. Un reflejo del vómito exagerado complica la confección de un buen aparato de prótesis. Con frecuencia, durante la confección de su ficha los pacientes relatan tener reflejo del vómito o bien se lo descubre al hacer el examen sistemático de los tejidos duros y blandos con un espejo intrabucal. El dentista puede tratar con buen resultado a la mayor parte de los pacientes si utiliza técnicas de impresión adecuadas. Sin embargo, un pequeño porcentaje tiene un reflejo hipersensible genuino y sería mejor que los trate un especialista en prótesis.

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, dientes retenidos, patología ósea, posición y salud de los senos maxilares, y toda anatomía desusada de la ATM. 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 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.

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. Probablemente la forma es de suma importancia en cuanto a su relación con el arco antagonista porque arcos no coincidentes pueden dificultar el enfilado. A continuación, hay que tomar nota de la forma de la sección transversal. Los rebordes suelen ser en forma de U, en forma

de V, en filo de cuchillo o planos. 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 (Fig. 4-8) 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 dificulta el sellado de la prótesis.

El paladar blando se clasifica como Clase I, Clase II y Clase III, 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 completa 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. Por lo general, un paladar blando que se mueve poco y tiene una inclinación pequeña se considera paladar Clase I. Uno que cae abruptamente en la unión del paladar blando con el duro se considera paladar de Clase III. Un paladar Clase II es el que estaría entre los ejemplos mencionados.

De la misma manera que en el reborde superior, en el 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 superior, un reborde de sección transversal en U es mucho más favorable que un reborde en V, en filo de cuchillo o plano.



Figura 4-8 Torus pediculado maxilar. Se lo enuclea si es tan grande que interfiere con el espacio de la lengua, tiene retenciones o se extiende tan hacia atrás que impide el sellado palatino posterior.



Figura 4-9 Torus mandibulares. Por lo general se los elimina.

Se evaluará la presencia de torus (Fig. 4-9), exostosis o retenciones bilaterales en el reborde. Se precisa de modelos diagnósticos para evaluar adecuadamente los rebordes residuales.

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 alterará el flanco lingual anterior de la prótesis inferior porque los tubérculos genianos se hallan cerca de la cresta del reborde? Una prótesis con flancos linguales cortos debido a las inserciones linguales altas (que se suele denominar piso bucal alto) puede ser inestable. Palpar el reborde milohioideo, ¿es muy grande o filoso? Evaluar la zona, espacio o fosa retromilohioidea, ¿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? Aquí también, 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.

¿Cómo se relacionan entre sí los rebordes residuales antagonistas? Se puede hallar la dimensión vertical de la oclusión en la mayoría de los pacientes haciendo que muerdan sobre un dedo colocado entre los rebordes anteriores; después se hará un comentario sobre la relación de los rebordes residuales. Otra manera de evaluar los rebordes es que el paciente cierre en una posición en la que los rebordes estén aproximadamente paralelos entre sí. En ciertos casos esto es casi imposible y estas observaciones deben hacerse con los modelos montados en articulador en la dimensión vertical de la oclusión apropiada. La relación anteroposterior de los rebordes residuales de un paciente edéntulo total puede ser engañosa. Cuando el reborde residual se resorbe, el reborde residual superior se resorbe hacia arriba y adentro y el rebor-

de inferior se resorbe hacia abajo y afuera. La cresta del reborde anteroinferior se resorbe cuatro veces más que la cresta anterosuperior los primeros siete años después de extraídos los dientes, por consiguiente es previsible que haya cambios importantes, en especial cuando se han de hacer prótesis superiores. En esencia, el maxilar se estrecha y se acorta y la mandíbula se alarga y se ensancha lo que tiende a que el paciente parezca prognático adelante y tenga una relación cruzada de los arcos en el sector posterior. Al observar la posición anteroposterior de los rebordes es importante notar la localización de la papila incisiva y ver que los bordes incisales de los dientes naturales superiores estaban, como promedio, 7-8 mm delante de esta posición. Muchas personas pueden presentar bastante pérdida ósea en esta zona donde la papila incisiva se halla literalmente en la vertiente anterior del reborde. ¿Es la relación anteroposterior prognática (Clase III), retrognática (Clase II) o normal (Clase I)? En términos generales, un paciente Clase I es de prótesis completa más fácil que un paciente Clase III y el paciente Clase III es el más difícil de todos. Es conveniente que los pacientes Clase II se deriven al especialista en prótesis.

Hay que evaluar la relación interna y externa de los rebordes antagonistas. ¿Coinciden los arcos? ¿Es la forma de un arco diferente de la del otro? ¿Habrà que enfilear los dientes en oclusión cruzada? ¿Son los rebordes por lo general paralelos en la dimensión vertical de la oclusión adecuada? Cuando la dimensión vertical de la oclusión es adecuada los rebordes tienden a ser paralelos (Fig. 4-10). Los rebordes que no son paralelos en la dimensión vertical la oclusión adecuada pueden desestabilizar bastante la prótesis durante la función. Aprender a usar esas prótesis llega a ser un verdadero desafío. Es necesario evaluar el espacio entre los rebordes en la dimensión vertical de la oclusión (DVO) estimada. 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 en la DVO estimada. Se puede usar un espejo bucal, que suele medir entre 2 y 2,5 mm de espesor, para evaluar si hay espacio suficiente para cada base protésica cuyo espesor debe ser de por lo menos 1 mm.

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 gran-



Figura 4-10 Un patrón de resorción ósea irregular puede desestabilizar la prótesis completa.



Figura 4-11 Ejemplo de una lengua muy grande que dificulta el uso de una prótesis completa especialmente si es la primera vez que el paciente la usa.

de (Fig. 4-11). Una lengua agrandada o excesivamente grande entorpece la capacidad de usar con eficiencia la prótesis completa. Según el Dr. C. Wright, la posición de la lengua afecta mucho la capacidad de usar prótesis completas. Él afirma que 35% de las personas tiene lengua retraída, lo que impediría el sellado del borde lingual de la prótesis inferior. Además, opinaba que la posición ideal de la lengua es aquella en la que la punta se halla ligeramente por debajo de los bordes incisales de los incisivos inferiores con el dorso visible por sobre los dientes en todas las partes de la boca. También hay que registrar cómo es la coordinación de la lengua. ¿Hay alguna lesión neuromuscular que afecta la fonación, la deglución o la coordinación muscular general? Si así fuera, se alteraría la capacidad de adaptación a la prótesis del paciente primerizo.

## Actitud mental del paciente

Para la mayoría de las personas, y especialmente para pacientes nuevos, el usar bien una prótesis completa es un aprendizaje. Por consiguiente, la actitud mental desempeña un papel muy importante en la capacidad del sujeto edéntulo de adaptarse y puede ser una actitud muy útil para que el dentista pueda evaluar el pronóstico definitivo. El Dr. House ha clasificado los pacientes de prótesis completas en cuatro categorías de actitud mental: filosóficos, exigentes, indiferentes e histéricos.

Los filosóficos presentan una actitud optimista, colaboradora, racional y sensata. El paciente desea aceptar consejos y desea la restauración apropiada para retornar a una excelente salud bucal. Es el caso ideal. El tipo exigente es preciso, minucioso y podría plantearle exigencias extremas y poco razonables al dentista. Éste es el que cuestiona detalles mínimos de la prótesis, como el enfilado de un diente posterior y si la prótesis nueva lucirá bien o funcionará bien. Satisfacer sus exigencias suele llevarle mucho tiempo al odontólogo. Estos pacientes están lejos de ser los ideales. El paciente histérico suele ser excitable, nervioso, excesivamente hipersensible y muchas veces pesimista. Temen a la odontología y sienten que nunca podrán usar una próte-

sis completa. Pueden requerir asistencia psicológica profesional para posibilitar un tratamiento adecuado. Hay quienes proponen que está muy justificado que el odontólogo cobre honorarios complementarios a estos pacientes en razón del mayor tiempo que les insume el tratamiento. El indiferente carece de motivación y no sigue las instrucciones acerca de su salud bucal. Muchas veces busca tratamiento no porque se interese por su salud bucal, sino porque su esposo, esposa o un miembro de la familia lo propusieron. Es probable que éstos sean los más difíciles de tratar debido a su falta de motivación.

## Información clínica complementaria

Los modelos diagnósticos son muy útiles para ahondar la evaluación de la anatomía y el estado de los rebordes residuales. Generalmente, los modelos diagnósticos se obtienen de impresiones preliminares hechas con hidrocoloide irreversible (alginate) en cubetas estándar (Fig. 4-12). Un buen modelo diagnóstico debe incluir las almohadillas retromolares y los tejidos bordeantes así como el surco pterigomaxilar y la zona de sellado posterior (Fig. 4-13). Para mayor información véase el capítulo 6 sobre impresiones preliminares y cubetas de impresión individuales.

Otra herramienta que ayuda al odontólogo a identificar la complejidad de su paciente de prótesis completa es el Índice Diagnóstico Prostodóntico (PDI, del inglés Prosthodontic Diagnostic Index). El Colegio Americano de Prostodoncia recomienda

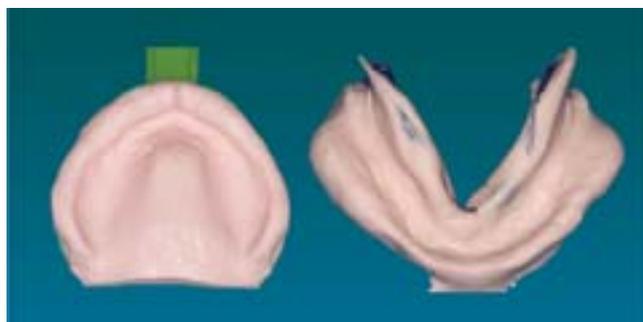


Figura 4-12 Ejemplo de impresiones preliminares bien hechas.



Figura 4-13 Ejemplos de modelos diagnósticos excelentes.

que los odontólogos usen el PDI para clasificar a los edéntulos. Este sistema es el que mejor ayuda a identificar pacientes de prótesis completa y ayuda a los dentistas a entender mejor cuándo derivar. El PDI también ayudaría a los dentistas en cuanto a reembolsos si las compañías de seguros médicos desearan establecer que no todos los pacientes protésicos son de igual dificultad. Este sistema de clasificación usa cuatro criterios de valoración diagnóstica generales: altura ósea mandibular, relación maxilomandibular de los rebordes, morfología del reborde residual e inserciones musculares. Este sistema también identifica varios otros criterios y modificadores diagnósticos que probablemente aumenten la dificultad de realización de la prótesis completa. Estos modificadores incluyen factores sistémicos, factores psicológicos, anatomía y actividad de la lengua, trastornos temporomandibulares, patologías que requieren cirugía preprotésica, espacio entre los arcos, pacientes rebeldes, antecedentes de parestesia o disestesia, ataxia maxilomandibular y anomalías maxilofaciales.

Una vez identificados todos los criterios diagnósticos PDI y modificadores, el paciente se categoriza entre la Clase I y la Clase IV (Fig. 4-14). Los pacientes Clase I no son complicados y pueden ser tratados por un odontólogo general con experiencia limitada en prótesis completa. El pronóstico debiera estar entre bueno y excelente. Los pacientes Clase II tienen algunos moderados factores de complicación, como alguna enfermedad sistémica o anatomía de reborde residual, y debiera ser tratado con éxito por un odontólogo general con experiencia en el tratamiento de pacientes

**Lista de control de edentulismo completo**

	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
<b>Altura ósea-Mandíbula</b>				
21 mm o mayor				
16-20 mm				
11-15 mm				
10 mm o menor				
<b>Morfología del reborde residual-Maxila</b>				
Tipo A- resiste vertical y horizontal, surco hamular, no torus				
Tipo B- no vest., poco surco hamular, no torus				
Tipo C- no ant vest., soporte mín., reborde anterior móvil				
Tipo D- no vest ant/post, torus, tejido agrandado				
<b>Inserciones musculares-mandibulares</b>				
Tipo A- mucosa insertada adecuada				
Tipo B- no hay mucosa insertada (22-27), + m. mentoniano				
Tipo C- no ant/vest (22-27), + m. geniogloso y mentoniano				
Tipo D- mucosa insertada sólo en post				
Tipo E- no mucosa insertada, los carrillos/labios mueven lengua				
<b>Relaciones maxilomandibulares</b>				
Clase I				
Clase II				
Clase III				
<b>Lesiones que requieren cirugía preprotésica</b>				
Procedimientos menores de tejido blando				

(Continúa)

Procedimientos menores de tejido duro				
Implantes- simples				
Implantes con injerto óseo- complejos				
Corrección de anomalías dentofaciales				
Aumentación de tejido duro				
Procedimientos mayores de tejidos blandos				
<b>Espacio limitado entre arcos</b>				
18-20mm				
Se necesita corrección quirúrgica				
<b>Anatomía de la lengua</b>				
Grande (ocluye espacios interdentes)				
Hiperactiva- con posición retraída				
<b>Modificadores</b>				
Manifestaciones bucales de enfermedad sistémica				
leve				
moderada				
grave				
Psicosociales				
moderados				
grandes				
Síntomas de ATM				
Signos de parestesia o disestesia				
Anomalías maxilofaciales				
Ataxia				
Paciente refractario				

Figura 4-14 Índice de Diagnóstico Protopodóntico (PDI)

edéntulos totales. Para el odontólogo general con experiencia o el especialista en prótesis, el pronóstico en estos casos debe ser bueno. Los pacientes Clase III tienen otros problemas, como síntomas de ATM, distancia excesiva o limitada entre los arcos y, posiblemente, necesidad de cirugía preprotésica. Estos pacientes reciben mejor tratamiento si son atendidos por un especialista en prótesis o un dentista general con capacitación adicional en técnicas de prótesis avanzadas. El pronóstico de estos pacientes es entre reservado y bueno para el odontólogo general experimentado o el especialista en prótesis. Al final del espectro está el paciente Clase IV, el más complicado y debilitado. Podría caracterizarse por arcos edéntulos desfavorables indicados para cirugía preprotésica, pero ésta no es posible por la salud, las finanzas o las preferencias personales. Este paciente será mejor tratado por un cirujano especializado y un protesista también especializado. El pronóstico sería malo si estuviera tratado por un odontólogo general experimentado y sólo reservado si lo trata el especialista en prótesis.

## 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. Se repasarán los resultados de las pruebas de laboratorio y las recomendaciones de derivación así como los resultados de biopsias de tejidos duros o

blandos antes de formalizar un diagnóstico definitivo y el plan de tratamiento. Una vez obtenida toda la información se analizará con el paciente un plan de tratamiento formal. Ello incluye la secuencia del tratamiento y una estimación del tiempo que llevará concluir el tratamiento. También se hablará del costo estimado del tratamiento con el paciente, quien deberá aprobarlo.

Antes de confeccionar la prótesis completa definitiva el paciente no deberá tener dolores dentales ni de ATM. 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 periodo de cicatrización con material de rebasado blando. Si la cirugía preprotésica desdenta al paciente, se harán prótesis inmediatas. El dentista deberá evaluar las necesidades estéticas en este periodo de cicatrización y explicárselo al paciente. Según la cantidad de dientes por extraer, esto puede requerir que se hagan dos juegos de prótesis: un juego inmediato (después de la cicatrización) y un juego definitivo.

Si un paciente tiene dolor en la ATM, se hará todo lo posible para que no lo tenga antes de confeccionar las prótesis definitivas. Esto puede ser tan simple como modificar las prótesis gastadas existentes con resina acrílica a una dimensión vertical de la oclusión más apropiada o hacer una férula de acrílico para ATM que calce sobre la prótesis existente. Si esto no resuelve el problema, puede ser preciso derivarlo a un especialista en dolor bucal y facial antes de confeccionar las prótesis definitivas.

Una vez que no tiene dolor y se produjo la cicatrización, recién entonces está listo para que se hagan las prótesis definitivas. 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.

## Pronóstico

Después de revisar la evaluación protésica completa, el diagnóstico y la planilla del plan de tratamiento así como el PDI, el odontólogo debe estar en condiciones de emitir un juicio sobre el pronóstico. Un paciente que tiene relación anteroposterior de rebordes Clase I, el tamaño y la función adecuados de la lengua, calidad y cantidad normal de saliva, rebordes edéntulos en U (corte transversal) que se correlacionan con el arco antagonista, usó sin problemas prótesis completas en el pasado y es un paciente filosófico (PDI I) tendrá pronóstico bueno. Un paciente con mala salud, relación anteroposterior de reborde Clase II, lengua retraída, retenciones posterosuperiores bilaterales que necesitan cirugía preprotésica, saliva espesa y actitud indiferente (PDI IV) tendrá pronóstico malo. Muchas veces, el principal anunciante de buen resultado en pacientes de prótesis completa es el hecho de que hayan usado sus prótesis completas sin problemas en el pasado.

## Bibliografía

Appleby, R. C, Ludwig T. E: Patient evaluation for complete denture therapy. J Prosthet Dent. 1970; 1:11-17.

- Chaytor, D. V.: Diagnosis and treatment planning for edentulous or potentially edentulous patients. In Zarb, G. A., Bolender, C. L., editors. Prosthodontic treatment for edentulous patients. 12th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2004. pp. 73-99.
- DeVan, M.: Physical, biological, and psychological factors to be considered in the construction of dentures. J Am Dent Assoc. 1951; 42:290-3.
- Heartwell, C. M.: Psychologic considerations in complete denture prosthodontics. J Prosthet Dent. 1970; 1:5-10.
- House, M. M.: The relationship of oral examination to dental diagnosis. J Prosthet Dent. 1958; 2:208-219.
- Ivanhoe, J. R., Cibirka, R. M., Parr, G.R.: Treating the modern denture patient: a review of the literature. J Prosthet Dent. 2002;6:631-635.
- MacEntee, M. I.: The complete denture a clinical pathway. Carol Stream, IL: Quintessence Publishing Co. Inc.; 1999. p. 1-7. McGarry, T. J., Nimmo, A., Skiba, J.: Classification system for complete edentulism. J Prosth 1999; 1:27-39.
- Parr, G. R.: Complete denture examination, diagnosis and treatment planning form. In: Ivanhoe, J. R., Rahn, A. O., editors. Clinical Guide for Complete Dentures. 2006 ed. Medical College of Georgia School of Dentistry. 2006. p. 38.
- Rahn, A. O.: Diagnosis. In: Rahn, A. O., Heartwell, C. M., editors. Textbook of complete dentures. 5th ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1993. pp. 131-67.
- Winkler, S.: Essentials of complete denture prosthodontics. 2nd ed. Littleton, MA:PSG Publishing Co, Inc.; 1988. pp.1-7.
- Wright, C: A study of the tongue and its relation to denture stability. J Am Dent Assoc. 1949;39:269-75.
- Zarb, G. A.: The edentulous milieu. J Prosthet Dent. 1983; 6:825-31.

## PREGUNTAS

1. Enumere cuatro categorías de las actitudes mentales de los pacientes.
2. Enumere cuatro clases o categorías de medicamentos que causan xerostomía.
3. ¿Qué tipo de técnicas se utilizan para examinar la cabeza y el cuello?
4. ¿Qué tipo de paladar blando, según la clasificación del Dr. House, termina abruptamente y requiere la mayor precisión cuando se establece la localización de la línea de vibración?
5. Nombre cuatro estructuras anatómicas que, cuando se hallan presentes, complican la confección de una prótesis completa.
6. ¿Qué forma transversal de reborde es la menos conveniente?
7. Según Tallgren, ¿cuál es el grado de resorción de la mandíbula en comparación con la maxila durante el período de siete años que sigue a la extracción de todos los dientes remanentes?
8. ¿Qué relación anteroposterior de los rebordes es la más fácil, o la más ideal, para la confección de una prótesis completa?



9. El espacio muy escaso o excesivo entre los arcos puede complicar la confección de la prótesis completa. Verdadero o falso.

10. Según Wright, ¿qué porcentaje de población tiene lengua retraída?

## RESPUESTAS

- 
1. Histérico, exigente, indiferente, filosófico.
  2. Medicación para la hipertensión arterial, antihistamínicos, relajantes musculares y muchos fármacos para el tratamiento de la ansiedad y la depresión.
  3. Observación, auscultación y palpación (mirar, escuchar y sentir).
  4. Clase III
  5. Torus mandibular/maxilar, inserciones altas de frenillos, tuberosidades abultadas grandes e hiperplasia papilar inflamatoria.
  6. En filo de cuchillo o plana.
  7. La mandíbula se resorbe cuatro veces más que la maxila.
  8. Clase I
  9. Verdadero
  10. 35%