

## Hiperplasias fibrosas por prótesis (I)

**Rafael Caballero Herrera.**

Profesor titular U. de Barcelona.

**Carlos Bru de Sala Oms.**

Profesor asociado U. de Barcelona.

**José María Anglada Cantarell**

**Viggo Adeler Megías.**

Profesor asociado U. de Barcelona.

**M. de J. Caballero Herrera.**

Cirujano Maxilofacial (Las Palmas de Gran Canaria).



Fig. 1.

El éxito en la práctica de la prótesis depende de muchos factores secuenciales, ninguno de los cuales debe ser menospreciado sin exponerse al peligro de un fracaso una vez acabadas las mismas.

Los pacientes jóvenes sufren mutilaciones dentales generalmente por «caries», por lo que la reabsorción ósea es mínima, los bordes óseos residuales óptimos para el soporte y retención de la prótesis, su juventud en sí suele ser «positiva» para la adaptación.

En muchos casos los pacientes candidatos a ser tratados con prótesis totales son ancianos, y estos individuos tienen un metabolismo distinto a los jóvenes. En el transcurso de la existencia los tejidos sufren variaciones importantes, donde la persona de edad avanzada debe adaptarse a medida que dichos cambios originan problemas fisiológicos y psicológicos, porque el índice de tolerancia ante sí y el medio ambiente que le rodea le es más difícil.

La mucosa bucal se erosiona con facilidad y cicatriza con lentitud perdiendo elasticidad, volviéndose atrófica, la función glandular está deprimida y sus secreciones alteradas.

Existen alteraciones del gusto y olor, se observan reabsorciones óseas excesivas, frecuentemente asociadas a trastornos sistémicos (menopausia en mujeres, osteoporosis).

Las atrofas de las estructuras bucales, en especial el cambio de soporte, producen una rotación antihoraria de la mandíbula con pér-

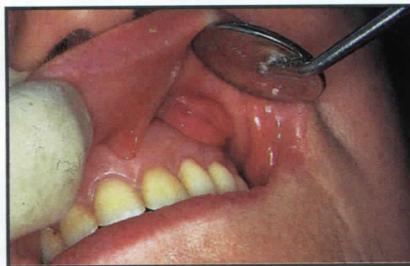


Fig. 2.



Fig. 3.

da de dimensión vertical y ello supone un esfuerzo sobre las estructuras de la A.T.M.

Si conseguimos restaurar la dimensión vertical, oclusión y función masticatoria por una prótesis bien confeccionada y adaptada, para lograr una buena nutrición, entre otros objetivos, ayudará a mantener un buen estado físico y estabilidad nerviosa sobre el paciente geriátrico. Para ello debemos tener en cuenta algunas consideraciones: ser minuciosos en el diagnóstico y plan de tratamiento, concisos en las explicaciones dadas a los pacientes, entusiastas, nunca pasarse de optimistas, animosos, sin llegar al extremo, considerados, ya que el paciente merece nuestra dedicación, atención.

De todos es sabido que las personas normales se adaptan con facilidad a nuevas prótesis, teniendo en cuenta las unidades mecánicas y estéticas de la restauración, porque de lo contrario puede ocasionar reacciones desfavorables al paciente que incumben también al odontólogo.

Ya conocemos el «dolor tisular recurrente, persistente», ocasionados en zonas que sostienen la prótesis, ya que las presiones, cargas masticatorias recaen sobre tejidos no preparados para esta función, éstos tienen que ir adaptándose fisiológicamente a su nueva labor, ya que muchas personas pueden sufrir afecciones sistémicas que disminuyan la resistencia tisular, lo que puede provocar nuevas patologías.

Tener en cuenta los detalles mecánicos, sistémicos y psicosomáticos, son principios que no debemos olvidar.

**Mecánicos:** Verificar la relación céntrica, balanceo oclusal, correcta dimensión vertical, buen ajuste oclusal posterior, tratar el bruxismo, el empleo de dientes artificiales que determinen o no modificaciones anatómicas, etc.

**Sistémicos:** Los pacientes de edad avanzada suelen estar tratados con múltiples fármacos y pa-

decer enfermedades crónicas, por ello es conveniente observar la reacción de los tejidos bucales a los antibióticos u otros medicamentos o drogas que modifican el hábitat. Enfermedades sistémicas que debilitan al organismo, trastornos endocrinos o discrasias sanguíneas, neurosis, etc.

**Psicosomáticos:** Tensiones emocionales, ansiedad, no olvidemos que estamos acercándonos a la vejez o senectud.

Esta resumida clasificación nos plantea problemas que se ven aumentados cuando las tres circunstancias se pueden combinar entre ellas, modificando los patrones establecidos.

Podemos pensar que al colocar una prótesis parcial o completa muchos pacientes sienten decepción por la incomodidad que les produce, porque los tejidos blandos sobre todo sufren irritaciones, el llamado por Grinspan «síndrome inicial protético» o «puntos dolorosos», debiendo conocer estos detalles para optar a un tratamiento adecuado, pudiendo mejorar temporalmente el problema con el retoque de las mismas, que puede recidivar en el mismo lugar u otro distante, con lo que vamos perdiendo retención al cabo del tiempo, para ello los distintos pasos a seguir ante la confección protésica deben ser ordenados, el fallo en cualquiera de ellos no dará problemas, las sobreextensiones, presiones en rebordes alveolares, contactos prematuros, espacio libre interoclusal pequeño, la oclusión céntrica no acorde con la relación céntrica, interferencias oclusales en posiciones excéntricas, sobreextensión de la prótesis inferior les produce movilidad, todos estos detalles y otros más nos ofrecerán trastornos en tejidos blandos y duros.

Ortman dice: los tejidos blandos presentan variaciones en su espesor, elasticidad, tolerancia a las presiones, encontrándose un estado constante de cambios, ya que estos son muy sutiles, sensibles a los estímulos externos, presión, desgaste, frío, calor, traumas, sumando a estos los internos como son volumen de líquido, conte-



Fig. 4.

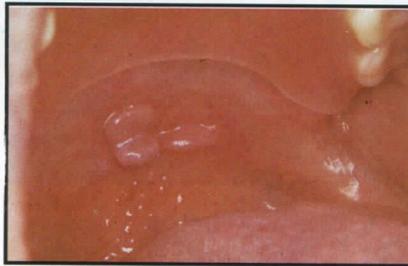


Fig. 5.

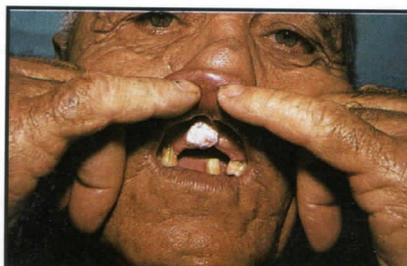


Fig. 6.

nido de nutrientes, sales, presión sanguínea, etc. Cambios observados temporales o reversibles si el agente causante actúa durante un período corto o largo de tiempo en éste, si el umbral de tolerancia se alarga puede ser permanente.

El hueso o tejido duro, es la base de la sustentación, los pilares del edificio de la obra, notificando que esta estructura se modifica constantemente. Esta modificación de tejidos duros y blandos, que afectan la posición de las bases y la oclusión, condicionan el éxito final.

El hueso donde se apoya la prótesis posee una irrigación sanguínea que proviene de diferentes frentes, una es la del periostio, otra de su sistema interno de arterias, las externas penetran en el hueso, cualquier obstáculo del aporte sanguíneo provocado por la prótesis conducirá a una necrosis y reabsorción ósea, obstáculos que pueden ser directo sobre el hueso o de origen inflamatorio, toda inflamación en el hueso o sus cubiertas blandas mucosas, originan presión capilar interna constante, lo que significa reabsorciones. Estas presiones son a veces ocasionadas por el «dentista» al confeccionar las prótesis y no tener en cuenta las secuencias mencionadas anteriormente.

Es necesario comprender diferencias entre «oclusión natural y artificial». La pérdida de dientes naturales va unida a pérdida de la oclusión con sus mecanismos propioceptivos de retroalimentación. En la oclusión artificial los dientes se encuentran asentados sobre tejidos móviles. Los dientes artificiales se desplazan como una unidad sobre su base. Las maloclusiones artificiales producen respuestas inmediatas y afectan a los dientes, así como a su base.

En los dientes artificiales el efecto se transmite a las bases y suele ser traumático para las estructuras de soporte. En el movimiento de corte e incisión con dientes artificiales afecta a todos los dientes que se hallan sobre las bases, mientras que en las naturales no afecta a los dientes posteriores.

En las dentaduras las presiones intensas originadas durante la mas-

ticación en la región del 2.º molar inclina la base de la dentadura y la desplaza, si se halla sobre una base inclinada. En prótesis el equilibrio bilateral es considerado como necesario e imprescindible para la buena estabilidad y función de las prótesis completas.

En los dientes «naturales» la propiocepción proporciona el control neuromuscular durante su función. En la oclusión con dientes artificiales este sistema falla, no existe y la mandíbula en su función termina en movimiento en la posición cinesiología más favorable cercana a la relación céntrica, si nuestros registros han sido erróneos cuando la mandíbula vuelve a su posición las bases de las prótesis se desplazarán.

Los cambios degenerativos fisiológicos y biológicos, así como enfermedades crónicas, son consideradas directa o indirectamente causa de este deterioro general que a veces los hacen candidatos poco adecuados para realizar prótesis completas. El funcionamiento fisiológico de las personas de edad es sumamente variable, las células, los tejidos y órganos del cuerpo no envejecen al mismo tiempo o velocidad o de igual manera. La cavidad bucal, como todo el organismo, pasa por cambios progresivos por el envejecimiento.

Por todo lo dicho existen más requerimientos para una buena oclusión en la prótesis completa que debemos conocer todos para evitar yatrogenias, a veces reversibles y otras de peor pronóstico, en ocasiones graves, sobre todo cuando se desconocen las reglas que determinan un juicioso trabajo, donde los conocimientos adquiridos se llevan a la práctica, porque de lo contrario obtendremos fracasos que debemos evitar a toda costa.

El propósito del presente trabajo es comentar una serie de alteraciones patológicas producidas por fallos en cualquiera de los pasos que debemos efectuar con meticulosidad.

Dentro de estas patologías consideramos las «hiperplasias fibrosas». Shen K. y Gongloff R. K. se ocupan de aspectos diversos producidos por las prótesis y nos ha-



Fig. 7.

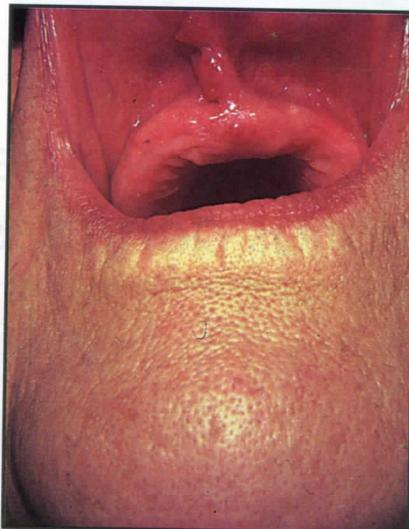


Fig. 8.

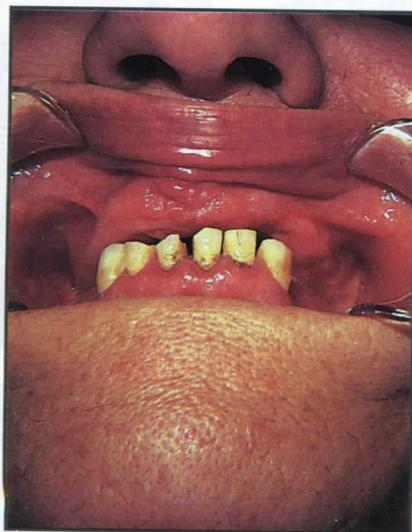


Fig. 9.

blan de lo que ellos denominan «Síndrome de combinación», muy evidente en pacientes desdentados en el maxilar superior con dentición natural en el sector anterior-inferior. Esto fue descrito anteriormente por Kally donde notifica cinco signos:

- 1.— Pérdida de hueso en la parte anterior del maxilar superior.
- 2.— Crecimiento de la tuberosidad maxilar.
- 3.— Hiperplasia papilar del paladar.
- 4.— Extrusión de los dientes anteriores mandibulares.
- 5.— Pérdida de hueso bajo la prótesis.

Posteriormente Sanders incluyó en éstos cinco más:

- 1.— Pérdida de la dimensión vertical de oclusión.
- 2.— Discrepancias en el plano oclusal.
- 3.— Pérdida de adaptación de la prótesis.
- 4.— Epulis fisuratum (Hiperplasia fibrosa).
- 5.— Alteraciones periodontales.

Examinaron 150 pacientes portadores de prótesis completas superiores donde el 39 por 100 presentaban dentición natural de la mandíbula, y encontraron que un 7 por 100 de los pacientes presentaban 5 o más signos de este síndrome, destacando el hecho de que el 24 por 100 de los pacientes eran portadores de prótesis parcial removible de extensión distal en la arcada inferior. Cualquier profesional avezado, estudioso del tema, estará de acuerdo en que esto sucede por razones diversas conocidas, como son: desajuste oclusal, vejez del material, trauma crónico protético, falta del sellado periférico o mal efectuado por defectos en tomas de impresiones previas, desdentados parciales en ambas arcadas, o de una con la antagonista tratada, lo que suma unas cargas nefastas mayores a las que el hueso puede soportar, etc.

Todo ello hace reconocer la existencia de anomalías que nos lleva a cuadros patológicos observados con harta frecuencia debido a lo que comentamos en otros artículos publicados por muchos autores

y nosotros en alguno anterior y múltiples cursos y conferencias.

Tanto los comentarios de Shen y Gongloff como las que menciona Sanders, vienen a conformar, en parte cualquier clasificación de otros autores como Borghelli, Cawson, Scklar y sobre todo por su fácil entendimiento Grinspan.

Consideremos que los hoy mal llamados «*épulis fisuratum*» deben denominarse «hiperplasias fibrosas» término que consideramos más aceptable porque describe los hallazgos histológicos de estas lesiones, que nos llevan de la mano a que así sea aceptado por todos en adelante.

Las prótesis sean totales o parciales, acrílicas o metálicas, cuando pierden las condiciones clínicas características, provocan alteraciones en las mucosas donde asientan.

Cutright (1974) nos comenta que las hiperplasias fibrosas aparecen alrededor de los bordes de una prótesis removible en ambas arcadas, observándose una lesión sésil o pediculada, formada por un tejido conectivo denso, resultado de un trauma continuo, crónico, lento e inflamación, a veces ulcerada por la presión de la prótesis. La lesión es de tamaño y contorno variable, dependiendo de la injuria recibida, provocando desestabilización de la prótesis cuyos bordes están sobreextendidos sin adaptación periférica correcta, dicho trauma a veces muy intenso llega a producir úlceras dolorosas, sangrantes que sólo mejoran con el ajuste de las prótesis.

Clínicamente suelen ser: firmes, lobuladas, indoloras, salvo si existe trauma agudo, asientan en mucosa alveolar, mucosa bucal, suelo de la boca y paladar posterior (post-daming) (fig. 1).

Se observan en el maxilar superior con mayor frecuencia, aunque también en mandíbula en que la región vestibular y lingual, menos frecuente, provocando ulceraciones e hiperplasias fibrosas a nivel de las apófisis geni alargadas, dañando la desembocadura del conducto de Wharton y glándulas menores (fig. 2), otras veces la frecuencia se produce por los bordes de las prótesis inmediatas que no



Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.

fueron revisados o rebasados a su debido tiempo (fig. 3).

Las lesiones del paladar blando-duro, donde se obtiene el sellado posterior (post-daming) cuando existe sobre-extensión, ocasionan irritación, erosión, compresión con ulceraciones o cicatrices hipertróficas fibromatosas, originando verdaderos fibromas (fig. 4), son de buen pronóstico, se observan con poca frecuencia, aunque no desaparezcan aliviando las prótesis, sólo por medios quirúrgicos, opinión que comparten Grinspan y Cawson.

Esta patología es considerada en la actualidad entre las lesiones «cancerizables». Entre nuestros múltiples casos revisados (85 estudiados y operados) hemos observado en un anciano que, después de varios tratamientos por diversos profesionales de la medicina, nos llegó a consulta, se le hizo biopsia, obteniendo el informe de epiteloma espinocelular de grado I (fig. 5), y otro operado, recidivado por no aliviar la prótesis, sangrante con diagnóstico de displasia severa (fig. 6), ambas lesiones fueron intervenidas sin complicaciones posteriores.

Consideramos que el trauma crónico, su intensidad, el campo, edad, puede, a veces, ser causa de degeneración neoplásica.

Con cierta frecuencia hemos observado pacientes con prótesis completa superior y dientes anteroinferiores naturales, donde no existen los posteriores, en estos casos cada vez que el paciente ocluye los dientes inferiores hacen que la prótesis superior se mueva en el área anterior, al mismo tiempo que produce tejido hiperplásico excedente, existe reabsorción ósea premaxilar provocando una «cresta móvil maxilar» (figs. 7, 8 y 9).

Los dientes colocados a tope sobre la encía pueden producir una lesión, por todo ello habrá que considerar como causante de esta alteración a toda presión excesiva actuante sobre una zona circunscrita.

## Histología

Se observa una hiperqueratosis con acantosis muy pronunciada,

papilomatosis y neoformaciones vasculares, la cual al paso del tiempo se reemplaza por gran cantidad de fibras colágenas (figs. 10 y 11).

Estas lesiones son las más frecuentes observadas; por todo ello debemos comentar algunas consideraciones, y conclusiones:

- 1.— Efectuar historia clínica para llegar a un buen diagnóstico.
- 2.— Plan de tratamiento adecuado.
- 3.— Toma de impresiones correctas.
- 4.— Elaboración de los pasos que exigen su confección.
- 5.— Oclusión bibalanceada.
- 6.— Bases extensas para repartir las presiones de la oclusión. Evitar pérdida de hueso por factores locales: fuerzas oblicuas, evitarlo haciendo cúspides con inclinación acorde con la guía condilar y anterior.
- 7.— Efectuar prótesis inmediatas cuando es menester porque producen menos reabsorciones.
- 8.— Aconsejar al paciente buena higiene de las prótesis y descanso nocturno.

9.— Visitas de control para corregir posibles defectos o vicios posturales. Avisar que si hay daño pidan cita, atendiéndoles debidamente.

Esta publicación la hemos efectuado porque los años de trabajo llevados hemos tenido ocasión de observar múltiples patologías de diversa consideración. Que nos ha ocupado años llegando a ocupar nuestra especial sensibilidad y estudio, divulgando desde hace más de 15 años estos temas, para la difusión y que los profesionales obtengan mejores éxitos y los pacientes se sientan satisfechos de nuestros servicios.

## Bibliografía

- 1.— **Ortman, Harold:** Oclusión de las dentaduras completas. Ed. Interamericana, abril de 1977. Págs. 299-301.
- 2.— **Shen, K., Gongloff, R. K.:** Prevalence of the «combination syndrome» among denture patients. *J. Prosthet. Dent.* 1989; 62(6): 642-644.
- 3.— **Cutright, D. E.:** The histopat-

hologic findings in 583 cases of épulis fissuratum. *O. O. O.* 1974; 37(3): 401-411.

4.— **Regezzi y Scicba.** Patología Bucal. Ed. Interamericana, 1991. Pág. 202-203.

5.— **McCarthy, Shklar, G.:** Enfermedades de la mucosa bucal. Ed. El Ateneo, 1985. Págs. 377.

6.— **Martin Grandes, Couto y Gómez-Font:** Nuevas posibilidades de tratamiento ante la desestabilización de una prótesis por épulis fissuratum. *Gaceta Dental*, oct. 1990: 11.

7.— **Caballero Herrera, M. y Caballero Herrera, R.:** Alteraciones bucales más frecuentes en nuestras clínicas dentales. *Rev. Esp. de Estomatología.* 1963; XI: 393-402.

8.— **Kimball, H. D.:** Métodos para el control del dolor crónico de los tejidos de soporte. *Clínicas Odontológicas de Norte-América.* Ed. Mundi 1964. Pág. 29-30.

9.— **Grapp, A. M. A.:** Nutrición y salud en el anciano. *Clínicas odontológicas de Norteamérica.* Ed. Interamericana, 1989, 1: 120-121.

10.— **Grinspan, D.:** Enfermedades de la boca. Ed. Mundi, 1973. Tomo II, pág. 809.

# ESTUDIOS ORTODONCICOS DE POSTGRADO

## Objetivos

Aplicación práctica de las técnicas multibandas modernas. Bioprogresiva (Ricketts) y Arco Recto (Andrews y Roth) sobre pacientes, niños y adultos.

## Temario

- Diagnóstico Ortodóncico. Examen clínico y modelos.
- Cefalometría de Ricketts.
- Predicción del tratamiento (VTO).
- Etapas del Plan
- Tratamiento de la Clase I, II 1.º y 2.º, III con o sin extracciones en dentición mixta y permanente.
- Mordidas abiertas, agenesias múltiples.
- Uso de la fuerza ortopédica.
- Organización de la práctica ortodóncica.

## *Cursos de Ortodoncia Clínica en cinco módulos, con práctica sobre pacientes.*

### **DRA. BEATRIZ MUÑIZ**

*La experiencia docente desarrollada en España por la Dra. Beatriz Muñiz nos ha permitido organizar un programa de ortodoncia realista y eminentemente práctico, integrando los conocimientos actualizados de las técnicas modernas vigentes en los Estados Unidos y Europa. Los grupos de estudio formados en los últimos años han permitido consolidar un modelo innovador de enseñanza clínica sobre paciente que consolida el manejo de la ortodoncia actual.*

## Metodología

Enseñanza personalizada en grupos cerrados, de diez cursantes, con práctica clínica sobre pacientes supervisada por el dictante. El programa se inicia cada vez que se integra un grupo. Una vez finalizado el curso el cursante se incorpora como miembro permanente al grupo de estudio y actualización profesional.

## Fechas

Febrero / Mayo / Septiembre / Noviembre / Febrero.

## Lugares de dictado,

**inscripción e información**  
 - MADRID, Clínica JANOS, Clara del Rey 33, bajo der. Tel.: (91) 413 72 62/73 44  
 - BARCELONA, Clínica JANOS, Muntaner 375 / 377 Tel.: (93) 200 22 21.