



UNIVERSIDAD  
**SAN GREGORIO**  
DE PORTOVIEJO

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TESIS DE GRADO**

**TEMA:**

“EDENTULISMO Y SU INCIDENCIA EN EL CONJUNTO DE  
ESTRUCTURAS ESQUELÉTICO- MUSCULARES DE LA  
CAVIDAD ORAL”

**AUTORA:**

MABEL NATHALY BORJA PACHECO

**DIRECTORA DE TESIS:**

DRA. DOLORES GÜIZAMANO LUNA

**PORTOVIEJO – MANABÍ - ECUADOR**

2012

## **CERTIFICACIÓN**

Doctora Dolores Güizamano Luna certifica que la tesis de investigación titulada **“EDENTULISMO Y SU INCIDENCIA EN EL CONJUNTO DE ESTRUCTURAS ESQUELÉTICO-MUSCULARES DE LA CAVIDAD ORAL”** **Periodo:** SEPTIEMBRE 2011-MARZO 2012, es original de Mabel Borja Pacheco, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

---

**DRA. DOLORES GÜIZAMANO LUNA**

**DIRECTORA DE TESIS**

## **DECLARATORIA**

La responsabilidad de las ideas, resultados, conclusiones, y recomendaciones del presente trabajo investigativo de "**EDENTULISMO Y SU INCIDENCIA EN EL CONJUNTO DE ESTRUCTURAS ESQUELÉTICO-MUSCULARES DE LA CAVIDAD ORAL**" PERIODO: SEPTIEMBRE 2011-MARZO 2012, pertenece exclusivamente a la autora:

---

**MABEL BORJA PACHECO**



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

## **TESIS DE GRADO**

**TEMA:**

**“EDENTULISMO Y SU INCIDENCIA EN EL CONJUNTO DE  
ESTRUCTURAS ESQUELÉTICO-MUSCULARES DE LA CAVIDAD ORAL”**

### **PROPUESTA ALTERNATIVA**

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como  
requisito previo a la obtención del título de:

**ODONTÓLOGO**

---

**Dra. Ángela Murillo Mg. S. P.  
PRESIDENTA**

---

**Dra. Dolores Güizamano Luna  
DIRECTORA DE TESIS**

---

**Dr. Carlos Palma Caballero  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**Dra. Nelly San Andrés Plúa  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**Ab. Julia Morales Loor  
SECRETARIA ACADÉMICA**

## DEDICATORIA

“ A ti mi Dios, por no abandonarme, por demostrarme que soy una de tus hijas preferidas...Gracias por tu ayuda al levantarme de fracasos, por aprender de ellos y principalmente por permitirme realizar mis sueños”.

Dedico la presente tesis especialmente a mi hijo Bryan que bajó del cielo para llenar de alegría mi vida, gracias porque eres mi inspiración, toda mi fortaleza, mi compañerito en toda circunstancia, ese “motorcito” que me da impulso en momentos de decline y cansancio, una sonrisa tuya ilumina mi mundo y ayuda a conseguir todas mis metas. Te amo mi precioso.

A mis padres Víctor y Graciela, a quienes adoro profundamente, les dedico esta tesis por haberme brindado su comprensión y apoyo incondicional durante toda mi carrera, por sus consejos que me orientaron a tomar las mejores decisiones y por creer en mí.

A mis bellas hermanas Marjorie y María Gabriela por haber estado a mi lado en el aprendizaje de la vida y por su apoyo.

Dedico esta tesis a mis sobrinos Génesis, Giulianita y Geovannito, quienes inician su camino hacia nuevos mundos, enseñándome a sentir esperanza.

También dedico este proyecto a mi novio Fernando Rivera con todo mi amor, su apoyo y motivación han sido trascendentales para lograr la culminación de este proyecto, gracias por ser siempre incondicional.

Y por último: deseo dedicar este momento tan importante e inolvidable; a mi misma por no dejarme vencer, ya que en ocasiones el principal obstáculo se encuentra en uno mismo...”

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi agradecimiento

A mi Directora de Tesis, Dra. Dolores Güizamano Luna por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

A todos los docentes de mi prestigiosa Universidad, por haber compartido todos sus conocimientos, fomentando en mí ser una excelente profesional.

Gracias a mis queridos pacientes, quienes confiaron en mí al ponerse en manos de una estudiante, mis prácticas con ellos me ayudaron a perfeccionar mis trabajos...Gracias por su entrega y puntualidad en todo momento.

A mis compañeros y más que eso, AMIGOS, muchas gracias por su compañía en el transcurso de la carrera....no imaginan como voy a extrañar esos días ajetreados y esas caritas de preocupación por lograr cumplir con los casos de clínica....Finalmente vencimos mis queridos colegas!!

Mil gracias a todos!!

## INTRODUCCIÓN

En pacientes adultos, la principal causa de pérdida dentaria, sigue siendo la enfermedad periodontal y las caries. En menor medida, los factores traumáticos e iatrogénicos.

La boca es una cavidad de nuestro organismo habitada por microbios. Igual que en el intestino o sobre nuestra piel, es normal que vivan en nosotros bacterias. Las que viven en la boca lo hacen en forma de placa bacteriana. Es una especie de barrillo blanco que fácilmente podemos observar sobre nuestros dientes si no nos cepillamos unos días. Esta pasta pegajosa es lo que les sirve a los microbios de nuestra boca para que los alimentos o la saliva no los arrastren hacia el estómago. En la placa bacteriana hay muchas especies de bacterias, muchas de ellas son en sí mismas inocuas. Pero una tiene la peculiaridad de transformar el azúcar en ácido. De modo que cuando tomamos algún alimento que contenga azúcar, inmediatamente la placa se acidifica, es decir, se empapa de ácido. Se comporta como un algodoncito mojado en ácido que aplicamos sobre un diente. De este modo, se descalcifica el esmalte y se forma la principal causa de la pérdida dental, la caries.

Las principales consecuencias de la pérdida de piezas dentarias son el compromiso estético; disminución de la eficiencia masticatoria; sobrecarga masticatoria en los demás dientes; dificultad para hablar o para pronunciar algunos fonemas, pérdida de soporte de los labios o mejillas; lo que podría producir arrugas en los mismos; inclinación de los dientes vecinos a las

piezas perdidas; alteraciones en la oclusión (mordida); trastornos articulares y/o musculares en cara y cabeza; baja autoestima; y disminución del soporte óseo por reabsorción ósea.

Los dientes tienen una relación directa con la salud general del individuo. Es muy importante que conservemos dientes sanos y una correcta oclusión (mordida) lo que permite tener una adecuada masticación, buena vocalización y estética.

A más de esto desde el punto de vista de odontología neurofocal los dientes actúan como moduladores energéticos entre los diferentes órganos y sistemas.

Una persona que posee un buen estado bucodental refleja una buena salud general.

El presente trabajo investigativo se basa fundamentalmente en describir cuáles son las causas más comunes por las que se pierden las piezas dentales, las consecuencias de la pérdida de las mismas y como prevenirlas mediante una buena higiene dental y finalmente los tratamientos que se deben realizar ante la ausencia irrecuperable de los dientes naturales.

Al concluir esta investigación la tesis quedó estructurada en dos partes: una parte práctica, que es el resultado de la investigación de campo, por medio de encuestas y fichas de observación que permiten verificar los datos; y otra parte es la teórico práctica entre sí, interesante y funcional, fortalecida por una propuesta que permite solucionar el problema investigado.

## ANTECEDENTES

El 1% de la población Mundial menor de 50 años (35-44 años) es totalmente edéntula. Este porcentaje se eleva al 11 por ciento en el caso de las personas mayores de 50 años, y asciende hasta el 23 por ciento en la franja de edad que va de los 65 a los 74 años. En lo que se refiere a pérdidas parciales -entre una y siete piezas dentales-, la cifra se sitúa en un 10 por ciento en menores de 50 años.

En el Ecuador la tasa de participación fue alta 89.4%, los ancianos que se rehusaron a participar en el estudio aludieron razones de tiempo para no hacerlo. El porcentaje de personas edéntulas fue del 23.6%, con lo que se observó que en nuestra población no existe un nivel elevado de edentulismo pero no por ello deja de tener la importancia que se merece para realizar cualquier tipo de investigación que se requiera.

En la ciudad de Portoviejo se observa mediante estudios estadísticos realizados por el Ministerio de Salud Pública un porcentaje del 25 al 35% de edentulismo en personas de edad avanzada entre el 2009 y 2010 siendo el motivo principal la destrucción dental por presencia de caries, en la actualidad se considera que este porcentaje puede haberse incrementado.

El Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno de la ciudad de Portoviejo es un hogar de ancianos que presta servicio de atención a los adultos mayores; fue escogido ya que no existe ningún trabajo de investigación anteriormente con respecto a el edentulismo y su incidencia en

el conjunto de estructuras esquelético-musculares de la cavidad oral, y debido a los altos grados de pérdida de dientes en estas personas por diversos factores que provocan alteraciones futuras no sólo físicamente sino también psicológicamente, esta investigación se convierte en el primer documento que sirve de guía para inspeccionar esos cambios y perfeccionar por medio del mismo los métodos necesarios para evitar estas patologías.

Constituyéndose en un trabajo investigativo inédito, que servirá de guía para actuar de manera más preventiva en la aplicación de medidas de salud dental que se deben tomar para evitar consecuencias futuras.



## **CAPÍTULO I**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El estado edéntulo es una agresión a la integridad del sistema masticatorio que tiene secuelas estéticas y funcionales adversas que el paciente percibe de diferentes maneras, pueden variar desde sentimientos de inconveniencia, hasta intensos sentimientos de inferioridad o invalidez. La pérdida de los dientes equivale a perder una parte del cuerpo y su tratamiento se dirige a solucionar diversos problemas biomecánicos que abarcan una amplia gama de tolerancias y percepciones individuales.

Los pacientes consideran que la pérdida dentaria es mutilante y, por tanto, les motiva a buscar atención dental para la preservación de una boca sana y una apariencia socialmente aceptable. Por otra parte, los odontólogos ven la pérdida dentaria como riesgo de una mutilación aún mayor, la destrucción del esqueleto facial y la distorsión morfológica del tejido blando con la consecuente alteración de la función.

Las enfermedades bucales como la caries o las periodontopatías, no son las únicas causas para que un paciente se convierta en edéntulo. Las investigaciones han demostrado que muchos factores no relacionados con las enfermedades bucales como: nivel sociocultural, actitud, conducta, características del sistema de atención pública odontológica y salud, representan factores importantes en la etiología del edentulismo. Además, existe una importante relación entre el estado edéntulo y las personas de estratos sociales bajos. Por tanto, es razonable concluir, que el edentulismo

obedece a diferentes combinaciones de determinantes culturales y conductuales, así como al tratamiento recibido a lo largo de muchos años.

Según fue reportado por Franks (1979) el edentulismo tiene gran significado para un individuo en términos de calidad de vida convirtiéndose por lo tanto en un factor muy importante para la persona a lo largo de su existencia y que forma parte del entorno que lo rodea y se resume en: NUTRICION, FONACIÓN, AUTOESTIMA Y ACEPTACIÓN SOCIAL.

En un estudio realizado en Venezuela en el año 1996 en el cual fueron examinados 33.659 se estudio la edad comprendida entre los 30,0 y 39,9 años y se observó que el 87,3% de las personas son déntulas, mientras que el 12,7% son edéntulas, de la arcada superior el 9,5%, de la inferior el 0,5% y de ambas el 2,7%. El porcentaje de personas déntulas es de 87,3% para el sexo masculino: 96,8%, para el sexo femenino: 84,4%. Se evidencia de esta manera que son más propensos a ser edéntulas las personas del sexo femenino y aquellas que viven en el área rural.

En los estudios realizados a nivel mundial, la prevalencia de las personas dentadas es menor a las personas edéntulas lo cual concuerda con los estudios realizados en Venezuela y destacan que son mas propensas a ser edéntulas las personas del sexo femenino, mientras que en nuestro estudio se encontró, que hay mas hombres que mujeres afectados por la perdida dentaria, debido a las características de la población estudiada.

El 1% de la población Mundial menor de 50 años (35-44 años) es totalmente edéntula. Este porcentaje se eleva al 11 por ciento en el caso de las

personas mayores de 50 años, y asciende hasta el 23 por ciento en la franja de edad que va de los 65 a los 74 años. En lo que se refiere a pérdidas parciales -entre una y siete piezas dentales-, la cifra se sitúa en un 10 por ciento en menores de 50 años.

En el Ecuador la tasa de participación fue alta 89.4%, los ancianos que se rehusaron a participar en el estudio aludieron razones de tiempo para no hacerlo. El porcentaje de personas edéntulas fue del 23.6%, con lo que se observó que en nuestra población no existe un nivel elevado de edentulismo pero no por ello deja de tener la importancia que se merece para realizar cualquier tipo de investigación que se requiera.

En la ciudad de Portoviejo se observa mediante estudios estadísticos realizados por el Ministerio de Salud Pública un porcentaje del 25 al 35% de edentulismo en personas de edad avanzada entre el 2009 y 2010 siendo el motivo principal la destrucción dental por presencia de caries, en la actualidad se considera que este porcentaje puede haberse incrementado.

En el Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno", ubicado en la parroquia 12 de Marzo, en la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí, encontramos un grupo considerable de pacientes en edad avanzada con problemas de edentulismo parcial y total, sin prestarle mayor atención a las repercusiones que podría provocarles la ausencia de piezas dentales. Al realizarles un chequeo y contarles sobre las consecuencias de la pérdida de sus dientes se pudo constatar que no tenían ningún tipo de conocimiento de estos, sin embargo algunos pacientes si manifestaron la incomodidad que se les presenta durante la masticación.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Con los argumentos expuestos, el problema investigado quedó planteado de la siguiente manera:

¿Cómo incide el edentulismo en las alteraciones esquelético-musculares de los pacientes del Centro Gerontológico “Guillermina Llor de Moreno” del cantón Portoviejo?

Interrogante que fue despejada durante el proceso de investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **2. JUSTIFICACIÓN**

Se de terminó este problema: "Edentulismo y su incidencia en el conjunto de estructuras esquelético musculares de la cavidad oral", de los adultos mayores atendidos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno de la ciudad de Portoviejo, debido a los cambios que se dan al perder piezas dentales en las estructuras que conforman la boca.

Este problema a tratar es de mucha importancia ya que mantener todas las piezas dentales es pieza clave a la hora de mantener la oclusión; la pérdida de las mismas además da origen a otros diversos trastornos como: modificación estética de la morfología de la cara, problemas masticatorios asociados a desnutrición, trastornos digestivos, cambios en la fonación, deglución y estados psicológicos que repercuten en la vida social de las personas que padecen de este problema.

Se realizó una investigación bibliográfica con la recopilación de datos en la web y libros relacionados con el tema, así mismo también se realizó una investigación de campo mediante los pacientes internos en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno.

Con este trabajo se aportó a las ciencias de la educación, aumentando los conocimientos de la investigadora, en temas relacionados con el edentulismo y las opciones de tratamiento frente a las patologías que se originan en las estructuras esquelético- musculares de la cavidad oral.

La investigación benefició de manera directa a la autora porque aportó al enriquecimiento de conocimientos, lo cual servirá en un futuro para ser aplicados en lo profesional y otorgar de esta manera a los pacientes tratamientos que resulten eficaces brindando solución a los diversos trastornos que el edentulismo origine y sentir con esto la satisfacción de un trabajo bien hecho; De manera indirecta a los internos del Centro Gerontológico, enfermeros y auxiliares de los mismos ya que se les brindó los conocimientos necesarios acerca de las medidas preventivas de higiene y de la importancia de mantener todos los dientes en boca.

No existen antecedentes de la realización de un estudio sobre el Edentulismo y los cambios esqueléticos y musculares que este provoca en el "Centro Gerontológico Guillermina Loo de Moreno", de ahí la importancia del tema.

El presente estudio fue viable ya que se pudo demostrar cuál es la causa del problema por medio de preguntas que estuvieron basadas dentro una encuesta, ficha de observación y una exploración clínica de los pacientes con la ayuda de espejos bucales, exploradores, guantes, mascarillas, entre otros.

## **CAPÍTULO III**

### **FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la incidencia del edentulismo en los cambios de las estructuras esquelético-musculares en los pacientes geriátricos del Centro Gerontológico "Guillermina Loo de moreno".

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Identificar cuales son las patologías bucales más frecuentes para determinar las principales causas de pérdida dental.
- ✓ Reconocer si existen alteraciones en los músculos masticatorios para relacionarlos con trastornos en las actividades funcionales de la boca.
- ✓ Establecer si existe pérdida de reborde alveolar para constatar la disminución de la altura facial.
- ✓ Registrar las alteraciones de la ATM que presentan los pacientes para verificar si existen discrepancias en el complejo cóndilo-disco.
- ✓ Diseñar una propuesta de solución al problema encontrado.

## **CAPÍTULO IV**

### **HIPÓTESIS**

#### **4.1 HIPÓTESIS GENERAL**

El edentulismo incide significativamente en las estructuras esqueléticas y musculares de la cavidad bucal.

## **CAPÍTULO V**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **5.1 Marco institucional**

El Centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” ubicado en el cantón Portoviejo, en la avenida Guayaquil y calle 12 de Marzo en la provincia de Manabí consta en la actualidad con sesenta y dos adorables ancianos bajo su cuidado; de los cuales veinte pagan pensionado, quince semipensionado y el resto no realizan ningún tipo de pago por permanecer en este lugar en donde se les brinda protección, amor y los cuidados que ellos necesitan gracias al cuidado del personal que hace parte de tan importante obra social.

Desde su labor en el Comité de Damas de la Cruz Roja, a la Sra. Guillermina Loor de Moreno, le correspondió iniciar los trabajos para la construcción del Hogar de Ancianos, obra que fuera su mayor aspiración y a la que dedicara sus más caros anhelos, dejando comprado el terreno y algunos materiales para la construcción. Sus compañeras siguieron sus huellas, como Doña Policarpo Sabando de Vélez mujer de igual temple y corazón humanitario que junto con otras distinguidas damas y prestantes caballeros emprendieron la ardua y satisfactoria tarea de llevar adelante la mencionada obra, lográndose la iniciación de las columnas principales del edificio y finalmente a base de contribuciones de corazones generosos, se logra la terminación después de 11 años de su muerte y en octubre 18 de 1975 se inaugura el Asilo de Ancianos “Guillermina Loor de Moreno” que lleva su nombre en reconocimiento a su labor y sus virtudes.

Desde esa fecha se abre un nuevo hito de esperanza para la ancianidad y es así como se registran los primeros nombres de las personas de Don José Coronel Guillem de la ciudad de Cuenca, Don Nicolás Hidalgo Mendoza, Don Pedro Antonio Roldán Fuentes y señora Amelia Vélez Ponce Y Rosita Palacios, siendo el primer administrador del hogar Don Ariosto Andrade Díaz.

Posteriormente el hogar va adquiriendo nueva imagen con la valiosa colaboración de personas humanitarias y entidades de servicios que hacen posible el acondicionamiento interno para una mejor atención a los ancianos en una institución pública de cuidados diarios, para los adultos mayores, cuyos usuarios encuentran un espacio adecuado donde se promueve su autonomía e interacción en su mismo grupo etario en condiciones de bienestar.

Brinda asistencia de servicio social a las personas más necesitadas, su objetivo es brindar atención integral a las personas que asisten al centro entendiéndose como: ropa limpia, alimentación, medicina y distracción a los internos del Centro Gerontológico.

La atención es permanente y tiene convenios económicos con el municipio de Portoviejo; realiza gestiones con la fundación Cristo Rey, Hospital Verdi Cevallos Balda, Patronatos Municipales y Provinciales para cubrir las demandas.

## 5.2. EDENTULISMO

El edentulismo se define como la ausencia de piezas dentales que por una u otra razón fueron extraídas y no serán reemplazadas de forma natural; el cual en este caso será relaciona con sus causas más sobresalientes como lo son el estado de salud oral, la higiene oral y el nivel sociodemográfico de los pacientes.<sup>1</sup>

Es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes. La causa del edentulismo puede ser congénita o adquirida. Los edentulismos congénitos totales son una manifestación de los síndromes congénitos muy graves y, generalmente, no compatibles con la vida. Sin embargo, la ausencia congénita de alguna pieza dental es más habitual. El edentulismo adquirido, es decir la pérdida de dientes durante nuestra vida es un hecho más común que el edentulismo congénito y suele ser secundario a procesos como caries, patología periodontal o traumatismos.

Las principales consecuencias del edentulismo parcial son la reabsorción del hueso alveolar y/o el desplazamiento de los de los dientes vecinos hacia el nuevo espacio creado. El movimiento de los dientes genera alteraciones en la oclusión.

El edentulismo total o un importante edentulismo parcial conllevan importantes alteraciones estéticas. Pudiendo disminuir la autoestima, inducir alteraciones en la pronunciación de las palabras, en la función masticatoria y en la articulación temporomandibular. Estas consecuencias estéticas se hacen mucho más evidentes cuando el edentulismo afecta al frente anterior.

---

<sup>1</sup> <http://www.buenastareas.com/ensayos/Edentulismo/461979.html>

Los cambios derivados de la omisión en la restauración de las piezas ausentes los describió Kelly en 1972 y se han englobado en el síndrome combinado que lleva su nombre.

Este Síndrome combinado de Kelly se manifiesta en aquellos casos donde la ausencia de piezas dentales naturales afecta al maxilar superior. Ello conduce a una reabsorción acelerada en el maxilar superior y, como consecuencia de ello, la mandíbula experimenta una rotación en sentido antihorario buscando reposicionarse respecto al maxilar superior. Esta reposición se ve cada vez más dificultada por la reabsorción ósea. Las consecuencias finales son la protusión del mentón mandibular, la disminución del tercio inferior de la cara, el hundimiento del labio superior y el aumento de la anchura de la boca. La imagen típica sería la de la popular marioneta de Doña Rogelia.

Las consecuencias finales son la protusión del mentón mandibular, la disminución del tercio inferior de la cara, el hundimiento del labio superior y el aumento de la anchura de la boca.<sup>2</sup>

### **5.2.1 INCIDENCIA**

A propósito de la incidencia del edentulismo, Durante, P. dice:

Aproximadamente el 50% de la población presenta edentulismo debido, sobre todo, a la mala higiene oral, y no al envejecimiento. Ello condicionará una disminución en la capacidad de masticar los alimentos y, por tanto, limitaciones en la dieta del paciente. También encontramos una disminución de la capacidad para generar saliva que dificultará la formación del bolo alimenticio y su deglución.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/edentulismo-perdida-dental.shtml>

<sup>3</sup> DURANTE, P. Terapia Ocupacional en Geriatría. España. Editorial Elsevier; 2010.P.46.

A propósito del edentulismo total, Misch Carl dice:

El edentulismo total se produce en el 10,5% de la población adulta, o en casi 18 millones de personas. Se ha señalado que un 5% de los adultos de entre 40 y 44 años presentan edentulismo total, y esta cifra aumenta hasta el 26% a los 65 años, y a casi el 44% en los ancianos de más de 75 años de edad. Tal como se esperaba, las personas más mayores son más proclives a sufrir pérdida de todos sus dientes.

El sexo no se asocia con la conservación o la pérdida de los dientes una vez que se realizan los ajustes relativos de la edad.

En el edentulismo parcial, acerca de los adultos entre 18 y 34 años de edad, el promedio de dientes ausentes era inferior a dos entre los 28 dientes. Sin embargo este número asciende rápidamente hasta una media de diez dientes ausentes en los adultos de 55 a 64 años. Los ancianos parcialmente desdentados de más de 65 años han perdido un promedio de 17,9 dientes, de forma que los más mayores han perdido tres veces más dientes que los ancianos de menor edad. Las estadísticas acerca del edentulismo parcial son similares para varones y para mujeres.<sup>4</sup>

Como bien lo dice Rasspall Guillermo<sup>5</sup>, el edentulismo causa una pérdida ósea progresiva en los maxilares que dificulta la restauración funcional y estética.

A propósito del patrón de reabsorción ósea, Morales Fernando dice:

El patrón de reabsorción es impredecible en cada individuo, existiendo amplias variaciones. Aunque la mayor proporción de hueso se pierde el primer año, el proceso de reabsorción continúa durante 25 años.

Aun cuando los dientes son los tejidos más duros de nuestro cuerpo, la pérdida acelerada de los mismos a tempranas edades, a causa de la caries y la enfermedad periodontal, ha sido una constante en nuestro país y la población adulta mayor presenta actualmente, las secuelas que producen estas dos enfermedades orales; es así como la mayoría, ostenta algún grado de edentulismo y requiere de una adecuada rehabilitación protésica y oral, para recuperar en alguna medida las funciones afectadas (fonética, estética y masticatoria).<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> MISCH, Carl. Prótesis Dental Sobre Implantes. España. Editorial Elsevier. 2006. P. 4

<sup>5</sup> RASSPALL, Guillermo. Cirugía oral e Implantología. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 2006.P. 143.

<sup>6</sup> MORALES, Fernando. Temas Prácticos en Geriatria Gerontología. Costa Rica. Universidad Estatal A Distancia; 2007. P. 81.

## 5.2.2 CLASIFICACIÓN DEL EDENTULISMO

### 5.2.2.1 CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE PARCIALMENTE DESDENTADO.

A propósito de la clasificación del edentulismo parcial, Rendón Roberto dice:

Recientemente el Colegio Americano de prostodoncistas desarrolló un sistema de clasificación de los pacientes parcialmente desdentados basado en los resultados del diagnóstico.

De acuerdo con este sistema los factores más relevantes a evaluar en estos pacientes son los siguientes:

- a) Localización y extensión del área edéntula
- b) Dientes pilares
- c) Oclusión
- d) Características del reborde alveolar residual

**Clase I.** se caracteriza por ser la condición ideal o comprometida en grado mínimo en lo que atañe a la localización y extensión del área edéntula, de los dientes pilares y de la oclusión. El reborde alveolar muestra una altura y morfología que le permite resistir adecuadamente el movimiento horizontal y vertical de la base de la prótesis. (Fig. 1.1).

**Clase II.** Se caracteriza porque la extensión y localización del área edéntula y la condición de los dientes pilares están moderadamente comprometidas. Estos últimos requieren de una terapéutica adjunta localizada (por ejemplo, periodontal, endodóntica o de procedimientos de ortodoncia). (Fig. 1.2).

El reborde alveolar se caracteriza por tener una morfología y altura que le permite resistir los movimientos en sentido horizontal y vertical de la base de la prótesis, aunque ya se observan signos de degradación.

**Clase III.** Se caracteriza porque la extensión y localización de las áreas edéntulas en ambos maxilares se encuentran significativamente comprometidas, los dientes pilares requieren de una terapéutica localizada importante, las características de la oclusión requieren del restablecimiento del esquema oclusal pero sin alterar la dimensión vertical de oclusión. El reborde alveolar residual posee forma y altura que ofrece poca resistencia al movimiento horizontal y vertical de la base de la prótesis. (Fig. 1.3).

**Clase IV.** Se caracteriza porque la extensión y localización del espacio edéntulo es de pronóstico reservado, los dientes pilares requieren de un tratamiento extenso, las características de la oclusión normal se han perdido y es necesario un tratamiento completo que incluye el restablecimiento de la dimensión vertical de oclusión. (Fig. 1.4).

El reborde alveolar tiene una altura de menos de 10 mm, medida en una radiografía panorámica y no ofrece ninguna resistencia al movimiento horizontal y vertical de la base de la prótesis.<sup>7</sup>

#### **5.2.2.2 CLASIFICACIÓN DEL EDENTULISMO PARCIAL POR KENNEDY**

Es la más aceptada en la actualidad para la clasificación de los arcos parcialmente desdentados.

Propuesto por primera vez por el doctor Edward Kennedy en 1925, dividió todos los arcos parcialmente desdentados en cuatro clases básicas, las 17 áreas desdentadas distintas de las que determinan los tipos principales fueron denominadas espacios de modificación. La clasificación es la siguiente:

**Clase I:** Áreas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales.

**Clase II:** Un área desdentada unilateral y posterior a los dientes naturales remanentes.

**Clase III:** Un área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anteriores y posteriores a ella.

**Clase IV:** Un área desdentada única pero bilateral (por atravesar la línea media), ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales remanentes.

---

<sup>7</sup> RENDÓN, Roberto. Prótesis Parcial Removible. España. Editorial Médica Panamericana; 2006.P.6

### **5.2.2.2.1 REGLAS DE APLEGATE PARA LA APLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY:**

La clasificación de Kennedy sería difícil de aplicar a cualquier situación sin ciertas reglas para su empleo. Applegate formuló las ocho reglas siguientes que gobiernan la aplicación de la clasificación de Kennedy:

Regla 1: La clasificación debe efectuarse después y no antes de cualquier extracción de dientes que pudiera alterar la clasificación original.

Regla 2: Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación.

Regla 3: Si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar se lo considera en la clasificación.

Regla 4: Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera en la clasificación.

Regla 5: El área (o áreas) desdentada más posterior siempre es la determinante de la clasificación.

Regla 6: Las áreas desdentadas distintas de la que determinan la clasificación se denominan modificaciones y son designadas por su número.

Regla 7: La extensión de la modificación no se considera, sino tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionales.

Regla 8: No puede haber modificación en arcos de clase IV.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> <http://odontoblog.com.mx/2009/04/30reglas-de-applegate-para-la-aplicación-de-clasificación-de-kennedy/>

### **5.2.2.3 CLASIFICACIÓN DEL EDENTULISMO TOTAL**

#### **CLASIFICACION DE LOS REBORDES ALVEOLARES TOTALMENTE DESDENTADOS.**

CLASE I: Se refiere a una patología edéntula cuyos rebordes residuales superior e inferior conservan formas y contornos bien definidos, y cubiertos por una mucosa sana, firme e indolora a la presión. (Fig. 3-VI).

CLASE II: Aquellas bocas edéntulas cuyos rebordes residuales superior e inferior presentan contornos definidos pero con forma aguda, producto de la resorción de la cresta bucal y labial. Si estas estructuras óseas están cubiertas por una mucosa flácida e hipertrofiada, móvil o demasiado delgada en ciertas zonas y con dolor a la presión, se indica una regularización quirúrgica previa de los tejidos blandos, antes de intentar la rehabilitación protética. (Fig. 4-VI).

CLASE III: Cuando la boca edéntula presenta el reborde residual superior definido y una mucosa normal, pero el reborde residual inferior con mayor resorción, crestas agudas en la zona anterior o agujeros mentonianos superficiales.

CLASE IV: Se consideran las bocas edéntulas con marcada resorción atrófica y progresiva de los rebordes residuales. En la mandíbula se observarían las apófisis geni sobrepasando las crestas del reborde residual. Una línea milohioidea prominente y aguda, la línea oblicua externa y los agujeros mentonianos sobre la cresta residual. (Fig. 5-VI).<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> [www.radiodent.cl/cirugia\\_oral/cirugia\\_preprotetica.pdf](http://www.radiodent.cl/cirugia_oral/cirugia_preprotetica.pdf)

### 5.2.3 CAUSAS DEL EDENTULISMO

Las dos principales enfermedades que causan la pérdida dental son la caries y la enfermedad periodontal (enfermedades que afectan a las encías, tejidos y estructuras que protegen y sujetan al diente en la boca). Además existen otras afecciones que pueden ser motivo de la pérdida de un diente, como son: Desgastes de los dientes, traumatismos, piezas dentarias con tratamientos inconclusos, fracturas dentales etc.<sup>10</sup>

A propósito de las causas del edentulismo, Boada Ana María nos dice:

En poblaciones modernas la pérdida de dientes ha estado frecuentemente relacionada con la caries dental. Sin embargo, hay otros factores involucrados en la pérdida dental tales como la abrasión dental severa la cual también expone la pulpa y posibilita la infección produciendo abscesos que, en últimas, causan la pérdida del diente. En las sociedades prehispánicas, las cuales usualmente tenían dietas duras, la atrición fue un problema común que tuvo un impacto importante en la pérdida de dientes. La enfermedad periodontal también causa pérdida dental, así como también abscesos periapicales, resorción de hueso y expulsión.

El incremento de la pérdida de dientes también ha sido asociada a dietas con alto contenido de carbohidratos y particularmente con el cambio a la agricultura aunque esta relación aún no es clara. En sociedades con dieta principalmente basada en carbohidratos y el consumo frecuente de azúcar, la enfermedad periodontal y la caries son las principales causas de la pérdida de dientes.<sup>11</sup>

#### 5.2.3.1 LA CARIES DENTAL

Como bien lo dicen Castilla y León<sup>12</sup>, la caries dental puede definirse como una enfermedad microbiana infecciosa cuyo resultado es la destrucción localizada de los tejidos duros calcificados dentarios (esmalte, dentina, cemento), causada por la destrucción ácida de bacterias y manifestada por el progresivo oscurecimiento y reblandecimiento de dichos tejidos y su posterior pérdida, dejando una cavidad en el seno del diente. Esta

---

<sup>10</sup> <http://saludestudiantil.uc.cl/content/view/17/61/>

<sup>11</sup> BOADA, Ana María. La Evolución de Jerarquía Social en un Cacicazgo Muisca de los Andes Septentrionales de Colombia. Colombia. Editorial Acid-free; 2007. P. 116.

<sup>12</sup> CASTILLA Y LEÓN. Higienistas Dentales. Editorial MAD-Eudoforma. 2006. P. 19.

enfermedad es posiblemente una de las enfermedades crónicas más comunes del mundo.

### **5.2.3.1.1 TRATAMIENTO**

Rodríguez Luís Fernando presenta el siguiente tratamiento para la caries dental "la estructura dental afectada se elimina y se sustituye por un material de restauración"<sup>13</sup>.

### **5.2.3.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL**

A propósito de la definición de enfermedad periodontal Morales Fernando dice:

La periodontitis es una patología de origen infeccioso que se presenta en forma crónica y cuya progresión provoca la pérdida de las estructuras de soporte periodontal de las piezas dentales.

En el desarrollo y progreso de la enfermedad de los tejidos periodontales se distinguen dos etapas muy bien definidas.

#### **5.2.3.2.1 I ETAPA (GINGIVITIS)**

La gingivitis se define como la inflamación localizada o generalizada de la encía, en donde se observa la presencia de edema, eritema, sangrados espontáneos o inducidos por el cepillado dental y/o la masticación.

En presencia de gingivitis la encía presenta un color rojo brillante semejante al de una fresa madura y su consistencia cambia de firme y resiliente a fluctuante y edematosa. .

El tratamiento de la gingivitis es simple:

- a) Remoción de la placa bacteriana y materia alba depositada en el margen gingival mediante profilaxis.
- b) Educación en fisioterapia oral al paciente afectado, para prevenir la recidiva y mantener la salud oral.
- c) Eliminación de factores predisponentes
- d) Adecuado control médico de enfermedades sistémicas.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> RODRÍGUEZ, Luis Fernando. Cuidados Auxiliares. Auxiliar Geriátrico. Atención en la Hospitalización. Editorial MAD, S, L. 2006. P. 83-85.

### **5.2.3.2.2 II ETAPA (PERIODONTITIS)**

Como bien lo dice Thibodeau Gary<sup>15</sup>, es un tipo generalizado y grave de inflamación e infección y suele ser resultado de una gingivitis no tratada complicada. Sin embargo, a diferencia de la gingivitis, que se suele limitar a los tejidos más superficiales de las encías, la periodontitis afecta a la membrana periodontal más profunda y otros tejidos de sostén, incluido el hueso, que rodean al diente.

### **5.2.3.3 ABRASIÓN**

De Rossi Cuniberty presenta la siguiente definición de abrasión "es el desgaste de la estructura dentaria causada por frotado, raspado o pulido provenientes de objetos extraños o sustancias introducidas en la boca que al contactar con los dientes generan la pérdida de los tejidos duros a nivel del límite amelocementario"<sup>16</sup>.

### **5.2.3.4 TRAUMATISMOS DENTALES**

Los golpes en la cara y boca pueden lesionar dientes y/o tejidos de soporte.

Al recibir un golpe debes acudir a control odontológico ya que muchas veces aun cuando no te percastes de algún daño en el momento del accidente, pueden aparecer secuelas posteriores en el tiempo, entre otros, oscurecimiento de dientes (dientes grises o negros) e infecciones.

### **5.2.3.5 DIENTES CON TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS INCONCLUSOS**

Aquellos dientes que están en tratamiento odontológico que no han sido finalizados, aun cuando no presenten molestias ni signos aparentes de problemas, pueden llegar a perderse, ya que se puede agravar el

---

<sup>14</sup>MORALES, Fernando. Temas Prácticos en Geriatria Gerontología. Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia; 2007. P. 94,96.

<sup>15</sup> THIBODEAU, Gary. Estructura y Función del Cuerpo Humano. España. editorial Elsevier Mosby; 2006. P. 395.

<sup>16</sup> DE ROSSI, Cuniberti. Lesiones Cervicales no Cariosas: la Lesión Dental del Futuro. Argentina. Editorial Médica Panamericana. 2009. P.6.

problema preexistente, se pueden originar nuevas caries o infecciones, o se pueden producir fracturas de los dientes por estar debilitados.

Algunas situaciones son:

- Dientes que solo se ha realizado la eliminación de caries sin restauración definitiva
- Dientes con tratamiento de Endodoncia sin restauración definitiva adecuada
- Dientes con coronas o restauraciones provisorias.<sup>17</sup>

Producto de esos golpes también se originan fracturas de coronas, raíces o ambas, movilizaciones de dientes, lesiones de hueso y encías, e incluso pérdida, por desalojo, de uno o mas dientes. Sobre todo en la ultima situación es de suma importancia acudir a un odontólogo antes de 1 HR después de ocurrido el accidente para mejorar el pronostico y tener la posibilidad de reposicionar el diente desalojado y no perderlo.

#### **5.2.4 ALTERACIONES EN LA ETAPA DE INICIACIÓN (ALTERACIONES DE NÚMERO)**

Son alteraciones que ocurren durante la formación de la lámina dental, la cual da origen al germen dental.

##### **5.2.4.1 ANODONCIA (Aplasia Dentaria):**

Es la ausencia total congénita de todos los dientes. Afecta ambas denticiones, es una anomalía rara y cuando se produce, suele estar

---

<sup>17</sup> <http://saludestudiantil.uc.cl/content/view/17/61/>

asociada con un trastorno más generalizado, como es la displasia ectodérmica hereditaria.

Existen dos tipos:

Verdadera: donde están ausentes todos los dientes.

Falsa: ausencia clínica de todos los dientes como resultado de su extracción.

Etiología:

- a. Herencia
- b. Asociada a Síndromes
- c. H.L.P
- d. Trastornos Sistémicos
- e. Inflamación Localizada
- f. Radiaciones
- g. Como manifestación de los cambios evolutivos de la dentición

#### **5.2.4.2 OLIGODONCIA**

Conocida también como: "Agenesia Dentaria". Es la disminución en el número de dientes. Cuando son hasta cinco dientes los ausentes se denomina hipodoncia.

Puede afectar ambas denticiones, encontrándose con mayor frecuencia en los dientes permanentes.

Cuando están afectados los dientes primarios esta anomalía se presenta con mayor frecuencia en los incisivos laterales superiores e inferiores y caninos inferiores, y cuando esto ocurre estos dientes permanentes también están ausentes.

Cuando son los dientes permanentes que están afectados son los incisivos laterales superiores, segundos premolares superiores e inferiores y terceros molares los que con mayor frecuencia no aparecen en boca.

#### **5.2.4.2.1 ETIOLOGÍA**

Es desconocida, pero en muchos casos se muestra una tendencia familiar. Esta asociada con varios síndromes ó patologías como lo son entre algunas: Síndrome de Down, Displasia Ectodérmica Hereditaria y Hendidura Labio-Palatina.

La ausencia de los dientes primarios conlleva a la ausencia de los dientes permanentes; pero la presencia de los dientes primarios no asegura la presencia de los dientes permanentes.

#### **5.2.4.3 DISPLASIA ECTODÉRMICA HEREDITARIA.**

La Anodoncia y la Oligodoncia se asocian con la Displasia Ectodérmica Hereditaria; el cual es un defecto:

- Poco frecuente

- Existe una alteración en el desarrollo de los órganos derivados del ectodermo

-Es de carácter recesivo ligado al sexo

-Se observa con mayor frecuencia en los varones que en las hembras.

#### **5.2.4.3.1 CARACTERÍSTICAS**

Piel seca, fina e hiperpigmentada.

Anhidrosis: disminución ó supresión del sudor por disminución ó ausencia del número de glándulas sudoríparas, que trae como consecuencia fiebres elevadas en ambientes cálidos por la incapacidad del paciente a sudar.

Hipotricosis: falta o escasez de pelo, es poco pigmentado. Las cejas y las pestañas son escasas o faltan.

Facies Típicas:

Abultamiento Frontal.

Hipoplasia Malar.

Puente nasal aplanado y Columnella retraída.

Labios gruesos.

Piel periorbitaria arrugada e hiperpigmentada.

Orejas prominentes y bajas.

Mentalidad normal.

#### **5.2.4.3.2 MANIFESTACIONES**

Anodoncia u Oligodoncia

Dientes cónicos

Glándulas salivales con desarrollo incompleto que trae como consecuencia xerostomía

Como fenómeno relacionado: Hipoplasia de las glándulas mucosas nasales y faríngeas que conlleva a rinitis o faringitis crónicas con disfagia y ronquera.<sup>18</sup>

#### **5.2.5 FACTORES RELACIONADOS CON EL EDENTULISMO**

Las enfermedades bucales como la caries o las periodontopatías, no son las únicas causas para que un paciente se convierta en edéntulo. Las investigaciones han demostrado que muchos factores no relacionados con las enfermedades bucales como: nivel sociocultural, actitud, conducta, características del sistema de atención pública odontológica y salud, representan factores importantes en la etiología del edentulismo. Además, existe una importante relación entre el estado edéntulo y las personas de estratos sociales bajos.

##### **5.2.5.1 NIVEL SOCIOCULTURAL**

El concepto de salud ha variado con el tiempo y con el nivel socio cultural de las personas .Muchos piensan que es normal la pérdida de dientes y no

---

<sup>18</sup>[http://www.ucv.ve/fileadmin/user\\_upload/facultad\\_odontologia/imagenes/Portal/Dentaduras\\_Tales/ALTERACIONES\\_EN\\_EL\\_DESARROLLO\\_dental.pdf](http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/imagenes/Portal/Dentaduras_Tales/ALTERACIONES_EN_EL_DESARROLLO_dental.pdf)

tienen medida de autocuidado, acuden a los servicios ante un signo o síntoma casi siempre el dolor y solicitan la exodoncia, lo que ha influido en la alta demanda de prótesis que tienen nuestros servicios de estomatología y aun así piensan que cuando tienen instalada su prótesis, ya no queda mas por hacer lo que evidencia la necesidad de educar.<sup>19</sup>

Por tanto, es razonable concluir, que el edentulismo obedece a diferentes combinaciones de determinantes culturales y conductuales, así como al tratamiento recibido a lo largo de muchos años.

#### **5.2.5.2 ACTITUD DEL PACIENTE**

La visita al dentista es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, llegando a veces a tal grado que el paciente deja de acudir a la consulta profesional abandonando los tratamientos. Es evidente que tal conducta atenta contra la salud oral de esas personas. Además el estado altamente ansioso del paciente influye notoriamente en la calidad de los tratamientos, así como también en la salud mental del odontólogo.

La manipulación de la zona bucal por parte del dentista, despierta en los pacientes, diversos grados de aprensiones y ansiedades. Es habitual que las personas señalen que la visita al dentista es una de las atenciones en salud que más miedo les provoca.

No está claro a que se debe que el miedo a la atención odontológica sea tan frecuente en la población, sin embargo la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos relacionados tanto con el aprendizaje de

---

<sup>19</sup> <http://www.odontología-online.com/index.php>

esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social, como con el significado psicosocial que se le otorga a la boca.<sup>20</sup>

### **5.2.5.3 CONDUCTA DEL PACIENTE**

En las ciencias de la salud, sobre todo en odontología, el dolor y malestar son a menudo las causas por las cuales el paciente acude a exigir un tratamiento urgente. Esto origina en el individuo un estado de desequilibrio provocando una alteración del control del paciente., Además de la sensación de sentirse abrumado.

El análisis de las conductas de los pacientes ha tenido un auge creciente en los últimos años en cuanto a los términos actitud, conducta y contexto donde se mueve el paciente así como los cambios conductuales que en ellos se producen (Melamed,1983).,ya que son muchas las personas que presentan actitudes desfavorables ante el tratamiento odontológico general , y entre las posibles causas podemos citar :tipo de patología bucal, modo de vida, comunidad que lo rodea, desinformación en relación a salud bucal, entre otros.<sup>21</sup>

### **5.2.5.4 SISTEMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA Y SALUD**

La calidad de la atención odontológica y estomatológica brindada en las clínicas dentales y en los servicios de salud se ha convertido actualmente en una necesidad para todo profesional de la salud, ya sea de práctica privada o pública.

---

<sup>20</sup> <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v20n4/original12.pdf>

<sup>21</sup> [http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/actitud\\_paciente\\_tratamiento.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/actitud_paciente_tratamiento.asp)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que en el concepto de calidad en los servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos:

Alto nivel de excelencia profesional.

Uso eficiente de los recursos.

Mínimo de riesgos para el paciente.

## **5.2.6 RELACIÓN ENTRE SALUD BUCAL Y SALUD GENERAL**

Los reportes de las asociaciones dentales indican que la buena salud bucal es esencial para una buena salud general.

Especialmente en la mujer, numerosos estudios han asociado la enfermedad periodontal con diversos problemas de salud, debido a que la enfermedad periodontal es una infección bacteriana que puede entrar en la circulación sanguínea y convertirse en un factor etiológico de otras complicaciones de la salud. Entre ellas:

### **5.2.6.1 ENFERMEDAD CARDÍACA**

Los individuos con enfermedad periodontal pueden tener mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardíaca y de aumentar casi dos veces el riesgo de sufrir un infarto. La enfermedad cardíaca es considerada como una de las principales causas de muerte en las mujeres.

### **5.2.6.2 ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR**

Un estudio encontró una relación ocasional entre las infecciones bucales como factor de riesgo para el desarrollo de ACV.

### **5.2.6.3 DIABETES**

Los individuos con diabetes son más propensos a desarrollar enfermedad periodontal y se les puede hacer más difícil de controlar el azúcar en la sangre, llegando a ser también un factor de riesgo para contraer diabetes en individuos considerados sanos.

### **5.2.6.4 PROBLEMAS RESPIRATORIOS**

Las bacterias que crecen en la cavidad bucal pueden viajar a los pulmones causando enfermedades respiratorias como la neumonía - especialmente en las personas con enfermedad periodontal.

### **5.2.6.5 PARTOS PREMATUROS**

Las mujeres embarazadas que presentan enfermedad periodontal pueden ser más propensas a tener un bebé prematuro o muy pequeño. La enfermedad periodontal puede también estimular el incremento de los niveles de fluidos biológicos que inducen al trabajo de parto.

Debido a que la enfermedad periodontal se presenta generalmente sin dolor, muchas mujeres pueden no darse cuenta hasta que alcance una etapa muy avanzada. Su mejor defensa es a través del cepillado diario, el uso del hilo dental y enjuague bucal, además de consultar al dentista regularmente.

## **5.2.7 OTROS DATOS IMPORTANTES QUE SE DEBEN SABER:**

### **5.2.7.1 LA MENSTRUACIÓN**

Algunas mujeres pueden sentir la encía inflamada y presentar sangramiento gingival antes de sus períodos, mientras que otras experimentan aftas o herpes labial. Estos síntomas suelen ceder una vez que el período comience.

Los anticonceptivos orales pueden producir inflamación gingival como uno de los efectos secundarios.

### **5.2.7.2 EL EMBARAZO**

Los estudios demuestran que muchas mujeres embarazadas experimentan gingivitis durante el embarazo, cuando la placa dental se acumula en los dientes e irrita la encía. Los síntomas incluyen encías enrojecidas, inflamadas y que sangran con facilidad. El cuidado prenatal es especialmente importante.

### **5.2.7.3 LA MENOPAUSIA**

Los síntomas bucales experimentados durante esta etapa de la vida de las mujeres incluyen encías enrojecidas o inflamadas, dolor y malestar bucal, sensación de ardor, sensación alterada del gusto y la boca seca.

### **5.2.7.4 OSTEOPOROSIS**

Numerosos estudios han sugerido que existe una asociación entre la osteoporosis y la pérdida ósea a nivel de los maxilares. Los investigadores

sugieren que esto puede conducir a la pérdida del diente debido a la disminución de la densidad del hueso que soporta el diente en el maxilar. Cuando el paciente padece de enfermedad periodontal y de osteoporosis se acelera el proceso de pérdida ósea alrededor de los dientes.<sup>22</sup>

### **5.2.8 PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON EDENTULISMO**

La falta de piezas dentarias produce las siguientes consecuencias:

Exclusión de actividades sociales como reuniones, fiestas o comidas familiares, sea por falta de piezas o por tener piezas dentarias mal rehabilitadas, con prótesis que se mueven lo que les impide usarlas con seguridad.

Dificultades para hablar.

Dificultades para masticar, lo que genera problemas de digestión y nutrición. Estudios efectuados en Japón han demostrado que los pacientes que viven en casas de reposo tienen problemas de desnutrición secundarios a la falta de rehabilitación bucal; en Chile se han hecho algunos trabajos para evitar este problema mediante el aporte de alimentos en papilla (la sopa de los años dorados).

Alteración en la percepción del gusto: para la mayoría de los pacientes, los sabores no son los mismos cuando una prótesis les cubre el paladar.

---

<sup>22</sup><http://www.colgate.com.mx/app/Colgate/MX/OC/Information/OralHealthatanyage/Adults/WomensHealth//WomensOralHealthandoverallHealth.cvsp>

Alteraciones en la actividad afectiva y sexual: hay pruebas de que el adulto mayor puede tener una buena actividad sexual si tiene prótesis o buena rehabilitación bucal, porque adquiere seguridad en sí mismo.

Menor calidad de vida: hay estudios que prueban que una rehabilitación oral deficiente genera un impacto negativo directo en la calidad de vida de los individuos.<sup>23</sup>

### **5.2.9 CONSECUENCIAS DEL EDENTULISMO**

Si no se trata de manera adecuada, el edentulismo da lugar a alteraciones que pueden reducir sensiblemente la calidad de vida, ya que determina cambios en el comportamiento alimentario y en otras prestaciones funcionales y, en los casos más graves, llega a modificar los rasgos fisionómicos del rostro, alterando la imagen social y amenazando la estabilidad psicológica del paciente. De esto se deduce que la adecuada elaboración de un plan de tratamiento, más allá de resultar fundamental desde el punto de vista funcional, adquiere una importancia estética prioritaria.

El impacto estético que ocasiona la pérdida de dientes puede alcanzar un gran significado, en ocasiones más lesivo para el paciente que la propia pérdida de función. La sociedad actual generalmente percibe la ausencia de dientes visibles, especialmente los anteriores, como un estigma social. Con la pérdida de los dientes y la disminución del reborde residual pueden aparecer cambios secundarios en las características faciales, al quedar

---

<sup>23</sup> [www.mednet.cl/link.cgi/medwave/congresos/4124](http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/congresos/4124)

alterado el soporte labial y reducirse la altura facial como resultado de la disminución de la dimensión vertical oclusal.<sup>24</sup>

A propósito de las consecuencias del edentulismo, Cortesi Viviana dice:

Tener una boca en buen estado, tanto funcional como estéticamente, se ha convertido en una prioridad absoluta en comparación con lo que sucedía en el pasado debido a la intensificación de la vida de relación y a la consiguiente importancia de todo lo relacionado con la "cultura de la imagen". No debe olvidarse, además, la evolución de los conocimientos, tanto para operadores como para pacientes, en relación con la consecución y el mantenimiento del bienestar psicofísico. Dicho bienestar depende en buena medida de una alimentación idónea que, sin una cavidad oral, en buenas condiciones, resulta muy difícil de conseguir.<sup>25</sup>

#### **5.2.10 EFECTOS DE LA PÉRDIDA ÓSEA EN LOS PACIENTES EDÉNTULOS.**

A propósito de efectos en la pérdida ósea Misch Carl nos dice:

Disminución del ancho del hueso de soporte

Disminución de la altura del hueso de soporte

Rebordes milohioideo y oblicuo interno prominentes con aumento de puntos dolorosos.

Disminución progresiva de superficie mucosa queratinizada

Tubérculos genianos superiores prominentes con puntos dolorosos y aumento de la movilidad de la dentadura.

Inserciones musculares cercanas a la cresta del reborde.

Elevación de la prótesis por la contracción de los músculos milohioideo y buccinador sirviendo como soportes posteriores.

Movimiento hacia delante de la prótesis respecto de la inclinación anatómica (angulación de la mandíbula con pérdida ósea de moderada a avanzada).

---

<sup>24</sup> B. Alan. Prótesis Parcial Removible. España. Editorial Elsevier. 2006. P. 3-5.

<sup>25</sup> CORTESI, Viviana. Manual Práctico para el Auxiliar de Odontología. España. Editorial Elsevier Masson. 2008. P. 329.

Adelgazamiento de la mucosa, con sensibilidad a la abrasión.

Pérdida de hueso basal.

Parestesia del canal mandibular neurovascular dehiscente.

Papel más activo de la lengua en la masticación.

Efecto de la pérdida ósea en el aspecto estético del tercio inferior de la cara.

Aumento del riesgo de fractura del cuerpo mandibular por pérdida ósea avanzada.

Pérdida del reborde anterior y de la espina nasal, provocando aumento de la movilidad de la dentadura y de puntos dolorosos durante la función.<sup>26</sup>

### **5.2.10.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PÉRDIDA ÓSEA DEL PACIENTE EDÉNTULO**

#### **5.2.10.1.1 FACTORES GENERALES:**

##### a. Factores generales (enfermedades óseas sistémicas)

Osteoporosis  
Senil  
Postmenopausia  
Hipertiroidismo  
Síndrome de Cushing  
Osteomalacia  
Déficit de vitamina D  
Mal nutrición  
Fármacos

##### b. Factores locales

Traumatismos (eliminar mínima cantidad de tejido)  
Exodoncias  
Regularizaciones  
Protesis  
Afectan por no uso de la prótesis con lo cual se atrofia el hueso por falta de estímulo  
Por malas cargas, prótesis mal hechas, con lo cual se produce reabsorción<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> MISCH, Carl. Prótesis Dental Sobre Implantes. España; Elsevier. 2006. P. 6.

<sup>27</sup>[http://www.radiodent.cl/cirugia\\_oral/cirugia.preprotetica\\_tejidos\\_blandos.pdf](http://www.radiodent.cl/cirugia_oral/cirugia.preprotetica_tejidos_blandos.pdf)

### 5.2.11 CARACTERÍSTICAS DEL EDENTULISMO EN LA MANDÍBULA

A propósito de las características del edentulismo en la mandíbula, Rasspall Guillermo dice:

La reabsorción ósea mandibular es más acusada (cuatro veces) que en el maxilar. La pérdida de altura ósea puede dejar en la superficie el nervio mentoniano el cual puede sufrir compresión por una prótesis dentaria.

El patrón óseo de la mandíbula edéntula depende de factores como la secuencia de exodoncias o la existencia de prótesis en la misma arcada o en la antagonista. No obstante, la reducción de la altura y la anchura hace que la cresta alveolar se mueva en sentido anterior y puede llegar a adoptar una forma en filo de cuchillo. La inserción de la musculatura del suelo de la boca puede quedar por encima del nivel de la cresta alveolar.

### 5.2.12 CARACTERÍSTICAS DEL EDENTULISMO EN EL MAXILAR

La progresión de la pérdida ósea en el edentulismo causa una pérdida de profundidad de la bóveda palatina y la aparición de un exceso de tejido sobre la cresta alveolar.<sup>28</sup>

### 5.2.13 PERDIDA DEL ESPESOR DE LOS HUESOS MAXILARES:

A propósito del espesor de los huesos maxilares Palma Ascensión nos dice:

Los dientes se encuentran insertados en los huesos del maxilar correspondiente a través de los denominados alveolos óseos.

Cuando se produce la pérdida del diente, se produce una reabsorción del hueso que lo soporta, conllevando a:

**Modificación estética de la morfología de la cara**, debido a que el hueso y los dientes soportan los tejidos blandos de la cara.

**Problemas masticatorios:** la ausencia de piezas dentales determina que el paciente, en numerosas ocasiones, recurra a prótesis completas, que son elaboradas con las dimensiones de apoyo y ajuste bucales propias del momento de su confección. Con el paso del tiempo estas dimensiones se modifican, como consecuencia de la reabsorción

---

<sup>28</sup> RASSPALL, Guillermo. Cirugía oral e Implantología.. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 2006. P. 144.

ósea, fenómeno que provoca desajustes de la prótesis que pueden producir ulceraciones frecuentes o importantes en la mucosa e impiden llevar a cabo una adecuada masticación de los alimentos.

**Problemas de desnutrición asociados a los problemas masticatorios, y también socio-económicos**, que determinan un desequilibrio en los nutrientes, al seguir dietas blandas, ricas en hidratos de carbono pero deficientes en proteínas y vitaminas.<sup>29</sup>

#### **5.2.14 EFECTOS DEL EDENTULISMO EN LOS TEJIDOS BLANDOS**

A propósito de los efectos del edentulismo en los tejidos blandos Misch Carl dice:

La encía adherida y queratinizada se pierde a la vez que se pierde hueso.

La mucosa no adherida para soporte dental provoca un mayor número de puntos dolorosos.

El espesor de los tejidos disminuye con la edad, y las enfermedades sistémicas causan más puntos mas dolorosos con las dentaduras.

Aumenta el tamaño de la lengua, lo que disminuye la estabilidad de la dentadura.

La lengua tiene un papel más activo en la masticación, lo que disminuye la estabilidad de la dentadura.

Disminuye el control neuromuscular de la mandíbula en los más mayores.

#### **5.2.15 EFECTOS ESTÉTICOS**

Los cambios faciales que se producen con el proceso del envejecimiento pueden verse acelerados y potenciados por la pérdida de dientes. Consecuencia de la pérdida de hueso alveolar se pueden dar una serie de consecuencias estéticas. Una disminución en la altura facial por un colapso de la dimensión vertical causa varios cambios faciales.<sup>30</sup>

Disminución de la altura facial

---

<sup>29</sup> PALMA, Ascensión. Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. España. editorial Elsevier. 2007. P. 12.

<sup>30</sup> MISCH, Carl. Prótesis Dental Sobre Implantes. España. Editorial Elsevier. 2006. P. 10.

Pérdida del ángulo labiomentoniano

Líneas verticales en los labios y rostro más profundas

El mentón rota hacia delante, y da un aspecto prognático

Disminución del ángulo labial horizontal del labio, hace parecer infeliz al paciente

Pérdida de tono en los músculos de la expresión facial

Adelgazamiento del borde bermellón de los labios por pérdida del tono muscular

Hundimiento del surco nasolabial

Aumento del ángulo columela filtrum

Aumento de la longitud del labio maxilar, con lo que se ven menos dientes en reposo y al sonreír. Envejeciendo la sonrisa

Ptosis de la inserción del músculo buccinador, lo que provoca la caída de la mejilla de ese lado

Ptosis de la inserción del músculo mentoniano, lo que provoca el mentón de bruja.<sup>31</sup>

### **5.2.16 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL EDENTULISMO**

A propósito de los efectos psicológicos del edentulismo Misch Carl dice:

Los efectos psicológicos del edentulismo son complejos y variados, y oscilan desde el mínimo hasta un estado de trastorno neurótico. Aunque las prótesis completas pueden satisfacer las necesidades estéticas de muchos pacientes, algunos sienten que su vida social se ve influenciada de forma significativa. Se preocupan por las situaciones en las que hay besos y relaciones afectivas, en especial si un nuevo amigo desconoce su desventaja oral.

Rara vez dejan su ambiente casero, y cuando se sienten forzados a aventurarse fuera de él, es desconcertante el pensamiento de encontrar y hablar con personas cuando no se llevan los dientes.

Misch y Misch presentaron 104 pacientes totalmente desdentados que buscaban tratamiento. De los pacientes estudiados, el 88% señalaba dificultad al hablar, mientras que la cuarta parte presentaba problemas

---

<sup>31</sup> MISCH, Carl. Implantología Contemporánea. España. editorial Elsevier.2009. P. 10,13.

difíciles. Como consecuencia de ello, el aumento descrito puede correlacionarse fácilmente con la preocupación relativa a las actividades sociales.<sup>32</sup>

### **5.3 ESTRUCTURAS ESQUELETICO-MUSCULARES DE LA CAVIDAD ORAL.**

#### **5.3.1 CAVIDAD BUCAL**

La boca, también conocida como cavidad bucal o cavidad oral, es la abertura corporal por la que se ingieren alimentos. Está ubicada en la cabeza y constituye en su mayor parte el aparato estomatognático, así como la primera parte del sistema digestivo. La boca se abre a un espacio previo a la faringe llamado cavidad oral, o cavidad bucal.

La boca humana está cubierta por los labios superior e inferior y desempeña funciones importantes en diversas actividades como el lenguaje y en expresiones faciales, como la sonrisa.

La boca es un gran indicador de la salud del individuo. La mucosa, por ejemplo, puede verse más clara, pálida o con manchas blancas, indicador de proliferaciones epiteliales.<sup>33</sup>

#### **5.3.2 COMPONENTES DE LA CAVIDAD BUCAL**

Las partes que forman la boca y están contenidas en ella son los labios, los carrillos, las mandíbulas, las encías y los dientes, la lengua, la bóveda palatina, el velo del paladar, las amígdalas, las glándulas salivares. La mucosa bucal, la faringe o cámara posterior de la boca, fauces, la laringe y la parte superior del exófago.

---

<sup>32</sup> MISCH, Carl. Prótesis Dental Sobre Implantes. España. Editorial Elsevier. 2006. P. 12.

<sup>33</sup> [www.taringa.net/posts/ciencia.../Boca-Cavidad-Bucal.html](http://www.taringa.net/posts/ciencia.../Boca-Cavidad-Bucal.html)

La cavidad bucal está limitada hacia delante y hacia los lados por las arcadas gingivodentarias, hacia arriba por la bóveda palatina y hacia abajo por el piso de la boca. Hacia atrás, se comunica con la faringe por un orificio circunscrito por el velo del paladar, los pilares anteriores del velo y la base de la lengua llamado istmo de las fauces.<sup>34</sup>

Los distintos órganos que constituyen el sistema bucal participan en las funciones digestivas del mismo, concretamente, en la digestión mecánica y en la digestión química de los alimentos. Mediante la primera, los elementos dentarios cortan y trituran los alimentos para facilitar, junto con la lengua y el paladar duro, la formación del bolo alimenticio. Mediante la segunda, las enzimas salivales secretadas por las glándulas salivales mayores y menores actúan químicamente sobre la comida ingerida.<sup>35</sup>

El conjunto de estructuras que conforman la cavidad oral juegan un papel muy importante por lo que necesitamos mantenerlos en buen estado, ya que estos son muy importantes en funciones como: masticar los alimentos y forman parte del aspecto de la cara, la deglución, la fonación que nos permite hablar normalmente.

La pérdida de uno o varios dientes acarrea una serie de problemas de salud:

- a. Merma considerablemente la calidad de vida.
- b. Dificulta la masticación; otras partes de la dentadura trabajan en exceso.
- c. Desplaza incorrectamente los dientes adyacentes.

---

<sup>34</sup> <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/apuntesotorrino/anatomiabuca.html>.

<sup>35</sup> [www.colgateprofesional.com.ar](http://www.colgateprofesional.com.ar)

- d. Afecta a músculos y articulaciones, y causa dolores de cabeza y de boca.
- e. Conlleva un problema grave: pérdida de hueso. También en los dientes sanos:
  - Hundimiento facial: envejecimiento prematuro.
  - Perfiles hundidos, arrugas, acercamiento de nariz y barbilla.
  - Dificultades en la masticación y en el habla.
  - Pérdida de otros dientes sanos.
  - Posible riesgo de fractura maxilar.<sup>36</sup>

Como bien lo dice Gómez María Elsa<sup>37</sup>, esto nos da una idea de la importancia de mantener buenos hábitos de salud buco-dental y evitar la pérdida de los dientes.

Para realizar un diagnóstico correcto y, posteriormente, un tratamiento adecuado, es necesario establecer las características de normalidad de estos tejidos y la estrecha relación que existe entre su estructura y función.

La salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar y tragar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud. Aparte de las consecuencias sobre el estado nutricional, una mala salud dental también puede afectar de manera negativa a la capacidad de comunicación y a la autoestima.

### **5.3.3 LAS ENCÍAS (GÍNGIVA)**

A propósito de la definición de la palabra encía, Velayos José Luis dice:

Están constituidas por la mucosa que cubre las zonas apicales de las apófisis alveolares de maxilares y mandíbula, y rodea el cuello de las

---

<sup>36</sup> <http://implantesdentalesmadrid.org/que-sucede-cuando-se-pierde-algun-diente.html>

<sup>37</sup> GÓMEZ, María Elsa. Histología Embriología e Ingeniería Tisular. México D.F. Editorial Médica Panamericana. 2009. P.138.

piezas dentarias, aunque existe un pequeño intersticio o "surco o fondo de saco gingival" entre ambas estructuras. Las encías están fuertemente unidas al periostio de las apófisis alveolares, así como a los dientes por medio de fibras colágenas de la lámina propia. La unión con el diente se hace a través del ligamento periodontal y del cemento. La mucosa de la encía es de tipo escamoso poliestratificado, de un color gris rosáceo, y está sometida, como es lógico, a continuas agresiones mecánicas.<sup>38</sup>

Como bien lo dice Misch Carl<sup>39</sup>, cuando existe edentulismo la encía insertada y queratinizada se pierde a medida que se pierde el hueso.

#### **5.3.4 LABIOS**

Se abren y cierran voluntariamente y forman la entrada a la cavidad bucal. Sujetan e introducen el alimento y en el momento de efectuarse la masticación, impiden que los alimentos salgan de la boca. Además ayudan a las mejillas y a la lengua a colocar el alimento en posición adecuada para que sea desmenuzado.<sup>40</sup>

A propósito de la definición de labios, Morales Fernando dice:

Los labios rodean el orificio bucal y su cara se une a las encías por medio de un pliegue en la parte media que es el frenillo. Los labios participan en la masticación y en la fonación.

El grupo de los músculos de la expresión facial y de la masticación, en particular el orbicular de los labios, el risorio, el masetero y el elevador propio del labio superior, dan a la persona ciertas facies, y al moverse por acción de la voluntad, permiten la sonrisa, la masticación, la articulación, la articulación de la palabra o soplar con la boca.

Con la pérdida de la elasticidad muscular y de las piezas dentales, el orbicular de los labios queda sin sustentación y se retrae, para hundirse en la cavidad bucal, llevando tras sí la piel de los labios, que se arruga

---

<sup>38</sup> VELAYOS, José Luis. Anatomía de la Cabeza para Odontólogos. España. Editorial Médica Panamericana. 2007. P. 95.

<sup>39</sup> MISCH, Carl. Prótesis Dental Sobre Implantes. España. editorial Elsevier. 2006. P.10.

<sup>40</sup> <http://members.fortunecity.com/cryptoset/dental/boca2.html>

hacia adentro, dando la apariencia de que la punta de la barba sobresale (pseudo prognatismo).<sup>41</sup>

### **5.3.5 LA LENGUA**

A propósito de la definición de lengua, Duque Luis Guillermo dice:

La lengua es un órgano muscular situado en el suelo de la boca, se distingue en ella el vértice, el dorso, la cara inferior, sus bordes romos y la raíz. Está constituida por cuatro tipos de papilas linguales que son prominencias del corion en la mucosa, son: filiformes, fungiformes, circunvaladas y foliadas, cada una de ellas con función especializada gustativa diferente.

En la lengua reside el sentido del gusto; se perciben los sabores: dulce, amargo, salado y ácido.<sup>42</sup>

Como bien lo dice Misch Carl<sup>43</sup>, la lengua del paciente con rebordes edéntulos suele ensancharse para acomodarse en el espacio ocupado anteriormente por los dientes. Al mismo tiempo, se emplea para limitar los movimientos de las prótesis removibles, y adquiere un papel más activo en el proceso de la masticación. Como resultado, la prótesis removible pierde estabilidad.

### **5.3.6 CARRILLOS**

A propósito de la definición de la palabra carrillos Cornejo Jesús dice:

Los carrillos son estructuras musculares que están cubiertas por piel en su cara externa y en su cara interna presenta un epitelio escamoso; la parte anterior de los carrillos termina en los labios.

Los carrillos y los labios delimitan el vestíbulo de la cavidad bucal en su parte externa, ya que en su parte interna la delimitan las encías y los dientes

---

<sup>41</sup> MORALES, Fernando. Temas Prácticos en Geriátría Gerontología. Costa Rica; Universidad Estatal a Distancia. 2007. P. 83.

<sup>42</sup> DUQUE, Luís Guillermo. Semiología Médica Integral. España. Universidad de Antioquía. 2006. P.172.

<sup>43</sup> MISCH, Carl. Implantología Contemporánea. España. Editorial Elsevier. 2009. P.13.

La mucosa de los carrillos es más delgada y friable; la colágena insoluble aumenta y reemplaza a la soluble.<sup>44</sup>

### 5.3.7 MUCOSA BUCAL

A propósito de la definición de mucosa bucal James K. dice:

La cavidad bucal está tapizada con epitelio escamoso estratificado, que se divide en tres tipos de tejido. **La mucosa de revestimiento** cubre el suelo de la boca y las mejillas, los labios y el paladar blando. No actúa en la masticación y por lo tanto tiene una atricción pequeña. **La mucosa masticatoria** cubre el paladar duro y las crestas alveolares y se la denomina así debido a que entra en contacto primario con el alimento durante la masticación. La mucosa especializada, que cubre la superficie de la lengua, es totalmente diferente en estructura y apariencia a las de los dos tejidos previos.<sup>45</sup>

En la mucosa bucal existe atrofia de epitelio, disminución de la queratinización, disminución de la cantidad de células en tejido conectivo, aumento de sustancias intercelular y descenso del consumo de oxígeno; la falta de elasticidad con resequedad y atrofia, tiende a la hiperqueratosis. Experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la dieta, el hábito de fumar, el alcoholismo y la prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca, tornándose permeable a sustancias nocivas y más propensas a daños mecánicos.

### 5.3.8 LA SALIVA

Como bien lo dice Ballcells Alfonso<sup>46</sup>, la saliva es un fluido producido y secretado por las glándulas salivales. Sus funciones son múltiples, y entre ellas destacan la lubricación, la solubilización de componentes de la comida, la formación del bolo deglutorio, el inicio de la digestión, el tamponamiento de sustancias ácidas o básicas, la regulación de la temperatura y la higiene oral”.

---

<sup>44</sup> CORNEJO, Jesús. Biología 2. México. Editorial Umbral. 2006. P.21.

<sup>45</sup> JAMES, K. Principios de Histología y embriología Bucal con Orientación Clínica. España. editorial Elsevier. 2007. P. 178.

<sup>46</sup>

### **5.3.9 GLÁNDULAS SALIVALES**

A propósito de la definición de glándulas salivales, Gal Beatriz dice:

En el hombre las glándulas salivales producen alrededor de 1 litro de saliva diariamente.

La saliva cumple diversas funciones: al lubricar el alimento facilita su masticación y deglución, posee inmunoglobulinas que combaten la presencia de gérmenes patógenos y participa en la digestión de hidratos de carbono.

Las principales glándulas salivales son las parótidas, las submandibulares (submaxilares) y las sublinguales que drenan en la boca mediante conductos individuales.<sup>47</sup>

#### **5.3.9.1 GLÁNDULA PARÓTIDA**

La parótida es una glándula salival muy voluminosa, bilateral, situada a ambos lados de la cara, en una celda osteofibrosa dependiente de la aponeurosis cervical superficial por debajo del conducto auditivo externo (CAE), por detrás de la rama ascendente del maxilar inferior y por delante de las apófisis mastoides y estiloides; pesa alrededor de 25 gramos. La atraviesan 3 estructuras importantes: el nervio facial, la vena retromandibular y la arteria carótida externa izquierda. La parótida produce la mayor cantidad de saliva de predominio seroso.<sup>48</sup>

#### **5.3.9.2 GLÁNDULA SUBMANDIBULAR (SUBMAXILAR)**

La glándula submaxilar es una glándula salival que tiene una forma irregular y un tamaño parecido a una nuez. Se localiza en la parte posterior del piso de la boca. Esta glándula produce una secreción musinosa acuosa, llamada mucoserosa, a través del Conducto de Wharton.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> GAL, Beatriz. Bases de la Fisiología. Editorial Tebar; 2007. P.272.

<sup>48</sup> <http://es.scribd.com/doc/20299162/las-glandulas-salivares>

<sup>49</sup> [www.escuela.med.puc.d/publ/manualcabeza\\_cuello/TumoresGlándulas.html](http://www.escuela.med.puc.d/publ/manualcabeza_cuello/TumoresGlándulas.html)

### **5.3.9.3 GLÁNDULA SUBLINGUAL**

La glándula sublingual está situada en el piso de la boca. Es la más pequeña de las glándulas salivales. Se halla envuelta por tejido conjuntivo. La glándula sublingual es una glándula mixta, compuesta de acinos serosos y acinos mucosos, teniendo más de mucosa, cuyos productos de secreción son eliminados por conductos intraglandulares y extraglandulares. segundos, son los conductos de Bartholin.<sup>50</sup>

A propósito de los cambios histológicos de las glándulas salivales Morales Fernando dice:

Se sabe que las glándulas salivales sufren cambios histológicos cuantitativos y cualitativos con el aumento de la edad. Con la edad avanzada, se produce una atrofia del tejido acinar y una proliferación de elementos ductales y algunos cambios degenerativos en las glándulas salivales mayores. Las glándulas salivales menores también sufren cambios similares degenerativos con el aumento de la edad.

A pesar de estos cambios, la producción de saliva no disminuye a causa de ellos, aunque se sabe que el componente acinar es responsable de la secreción de la saliva. Esta observación funcional contrasta por lo tanto con los cambios morfológicos vistos. Una explicación posible que se ha planteado, es que las glándulas salivales poseen una capacidad de reserva funcional, posibilitando el mantener un fluído constante de producción a través del tiempo de vida del adulto.<sup>51</sup>

### **5.3.10 BÓVEDA PALATINA**

A propósito de la definición de bóveda palatina Velayos José Luis dice:

Forma la pared superior de la cavidad bucal y la separa de las fosas nasales; está limitada hacia adelante y adelante por los arcos alveolares y las encías, y hacia atrás por el velo del paladar con el cual se continúa.

---

<sup>50</sup><http://es.scribd.com/doc/70921669/Glandula-salival>

<sup>51</sup> MORALES, Fernando. Temas Prácticos en Geriatría Gerontología. Costa Rica. Universidad Estatal a Distancia; 2007. P. 84.

### **5.3.11 PALADAR DURO Y BLANDO**

#### **5.3.11.1 PALADAR DURO**

Está formado por la bóveda palatina es cóncavo y limitado por los arcos dentarios del maxilar superior, presenta en la línea media un rafe, el cual termina por delante en el tubérculo palatino que corresponde al orificio inferior del conducto palatino anterior.

El paladar duro está formado por las porciones horizontales de maxilar y palatino articuladas entre sí por las suturas correspondientes, e igualmente por la porción alveolar del maxilar.

En sus 2/3 anteriores exhibe crestas más o menos transversales que parten del rafe medio, mientras en su parte posterior la superficie es más lisa y se continúa con la superficie inferior del velo del paladar.

#### **5.3.11.2 PALADAR BLANDO**

El paladar blando o velo del paladar es un pliegue musculomembranoso móvil que se inserta en la parte posterior del paladar duro y se extiende posteroinferiormente hasta el borde libre curvo, del que cuelga la úvula que separa la cavidad bucal de la orofaringe y que se adapta a la zona posterior de la curvatura de la lengua.<sup>52</sup>

La progresión de la pérdida ósea en el edentulismo causa una pérdida de profundidad de la bóveda palatina y la aparición de un exceso de tejido sobre la cresta alveolar.<sup>53</sup>

### **5.3.12 AMÍGDALAS**

A propósito de la definición de amígdalas, Welsch Ulrich dice:

Las amígdalas son acumulaciones más o menos encapsuladas de tejido linfático que están situadas en la entrada de la faringe y que forman parte del anillo linfático faríngeo de Waldeyer. Se distinguen:

La amígdala palatina

---

<sup>52</sup> VELAYOS, José Luis. Anatomía de la Cabeza para Odontólogos. España. Médica Panamericana; 2007. P. 98.

<sup>53</sup> RASSPALL, Guillermo. Cirugía oral e implantología. Buenos Aires. Médica Panamericana; 2006. P. 144.

La amígdala lingual

La amígdala faríngea y el tejido linfático de la pared faríngea lateral (cordón lateral) con la amígdala tubárica en la entrada de la trompa auditiva (de Eustaquio).<sup>54</sup>

### **5.3.13 FARINGE**

La faringe es una estructura en forma de tubo que ayuda a respirar y está situada en el cuello y revestido de membrana mucosa; conecta la nariz y la boca con la laringe y el esófago respectivamente, y por ella pasan tanto el aire como los alimentos, por lo que forma parte del aparato digestivo así como del respiratorio.<sup>55</sup>

### **5.3.14 LARINGE**

Como bien lo dice Veiga María Purificación<sup>56</sup>, está situada en la garganta, delante de la faringe, debajo de la base de la lengua y encima de la tráquea.

Es el órgano reproductor de la voz, es decir, es como una caja sonora en cuyo interior se encuentran las cuerdas vocales, que son unas membranas alargadas construídas por el propio tejido de la laringe.

En el envejecimiento la pérdida de los dientes produce cambios en la laringe como atrofia y arqueamiento de las cuerdas vocales, apófisis vocales

Prominentes, hiatos con forma de huso durante la fonación y edema en las cuerdas vocales, este último preferentemente en mujeres.

### **5.3.15 ITSMO DE LAS FAUCES**

El istmo de las fauces es la comunicación entre cavidad bucal y bucofaringe y está formada por los pilares anterior y posterior, uvula y tonsila (amígdala).

---

<sup>54</sup> WELSCH, Ulrich. Histología. España. editorial Médica Panamericana. 2009. P.284.

<sup>55</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/faringe>

<sup>56</sup> VEIGA, María Purificación. Educación de la Voz: anatomía, patologías y tratamiento. Editorial Ideas Propias. 2006. P.3.

El Istmo de las fauces se ubica en la bucofaringe y se extiende del velo del paladar por arriba al borde superior de la epiglotis por abajo. Se comunica hacia adelante con la cavidad bucal a través del istmo bucofaríngeo, delimitado hacia arriba por el velo del paladar, a los lados por los pilares anteriores del mismo y hacia abajo por la lengua. Éste es la parte de la bucofaringe situada entre los pilares anteriores y posteriores del velo del paladar de ambos lados. Toda la región se caracteriza por presentar un "anillo linfático, formado principalmente por la amígdala nasofaríngea hacia arriba, las amígdalas palatinas a los lados y la amígdala lingual hacia abajo.<sup>57</sup>

### **5.3.16 MAXILARES SUPERIORES**

A propósito de la definición de maxilares superiores Eugene Frank dice:

Los dos maxilares superiores son los más grandes de los huesos inmóviles de la cara. Cada uno de ellos se articula con todos los demás huesos de la cara excepto con el maxilar inferior.

También se articula con los huesos frontal y etmoides del cráneo. Los maxilares superiores son una parte de las paredes laterales y la mayor parte del suelo de la cavidad nasal, parte del suelo de las cavidades orbitarias y tres cuartas partes del techo de la boca.

En sus bordes inferiores, los maxilares superiores presentan un reborde grueso y esponjoso conocido como proceso alveolar, que sustenta las raíces de los dientes.<sup>58</sup>

### **5.3.17 MAXILAR INFERIOR**

La mandíbula (denominado anteriormente maxilar inferior) es un hueso, plano, impar, central y simétrico, en forma de herradura, situado en la parte

---

<sup>57</sup> <http://www.anatomiahumana.ucv.cl/efi/modulo23.html>

<sup>58</sup> EUGENE, Frank. Atlas de Posiciones Radiográficas y Procedimientos Radiológicos. España. Editorial Elsevier. 2010. P. 292.

inferior y anterior de la cara. El cirujano Oral y Maxilofacial es el especialista encargado de estudiar su anatomía, estructura y procesos patológicos.

Presenta un cuerpo horizontal y dos ramas ascendentes verticales, situadas a ambos lados del cuerpo. Es el hueso más denso y prominente de la cara.<sup>59</sup>

A propósito de largos periodos con pérdida dental, Koeck, Bernd dice:

Tras un largo período de falta de dientes se produce un enlentecimiento de la degeneración ósea, que inicialmente es muy rápida. La reabsorción se produce con una intensidad 2-4 veces mayor en el maxilar inferior que en el superior y es más marcada en los dientes frontales que en los laterales. En algunos casos parece producirse una hipertrofia de la cresta alveolar en la región de la tuberosidad del maxilar superior.

En la región anterior del maxilar superior la reabsorción empieza a nivel vestibular y posteriormente predomina a nivel palatino, lo que se traduce en una atrofia de los huesos alveolares y una reducción de la anchura y longitud general del hueso. La cresta alveolar del maxilar inferior se reabsorbe principalmente desde la región vestibular en la zona de los dientes frontales y desde la lingual en los laterales.<sup>60</sup>

### **CLASIFICACIÓN DE LOS DEFECTOS DE LAS CRESTAS SEGÚN SERBERT 1983**

Los defectos de las crestas pueden ser clasificados en 3 categorías generales:

Clase I: Pérdida bucolingual de tejido con una altura normal de la cresta en una dimensión apicocoronal.

Clase II: Pérdida apicocoronal de tejido con espesor normal de la cresta en una dimensión bucolingual.

Clase III: Combinación de pérdida bucolingual y apicocoronal de tejido, resultando en una pérdida de la altura y de espesor normal.<sup>61</sup>

---

<sup>59</sup> <http://clubensayos.com/Español/Hueso-Maxilar-Inferior/74406.html>

<sup>60</sup> KOECK, Bernd. Prótesis Completas. España. Editorial Elsevier. 2007. P.341.

<sup>61</sup> <http://www.ecuadontologos.com/revista-aorybg/vol2num1/defectoa.html>

### **5.3.18 DIENTES**

El diente es un órgano anatómico duro, enclavado en los alvéolos de los huesos maxilares a través de un tipo especial de articulación denominada gonfosis y en la que intervienen diferentes estructuras que lo conforman: cemento dentario y hueso alveolar ambos unidos por el ligamento periodontal. El diente está compuesto por calcio y fósforo, que le otorgan la dureza. Es el tejido más duro del cuerpo.

Están formados por dos partes:

- a) Corona que es la parte blanca que se ve.
- b) Raíz o raíces, que es la parte que está dentro del hueso.

#### **5.3.18.1 FUNCIONES DE LOS DIENTES**

Para la masticación o trituración de los alimentos, indispensables para una buena digestión.

Para pronunciar bien las palabras y hablar correctamente.

Para conservar la forma correcta de la cara y por lo tanto la buena presentación personal.

Para tener una buena salud general.

Para la salud psicológica y social.<sup>62</sup>

Como bien lo dice Gary A.<sup>63</sup>, la maloclusión de los dientes se produce cuando la ausencia de piezas dentarias genera un espacio amplio en la dentadura, cuando los dientes se solapan o cuando la mala posición de uno o más dientes impide que las arcadas dentarias mandibular y maxilar se alineen de forma correcta.

---

<sup>62</sup> [http://www.pediatraldía.cl/conozca\\_dientes.htm](http://www.pediatraldía.cl/conozca_dientes.htm)

<sup>63</sup> GARY, A. estructura y Función del Cuerpo Humano. España. editorial Elsevier. 2008. P.400.

La maloclusión que determina la protusión de los dientes frontales superiores y hace que estos cuelguen por delante de los frontales inferiores se llama mordida cruzada anterior, mientras que la colocación de los dientes frontales inferiores por fuera de los superiores se llama mordida cruzada posterior.

La maloclusión dentaria puede ser origen de problemas importantes y dolor crónico durante el funcionamiento de la articulación temporomandibular y puede originar cefaleas o complicar la masticación habitual de los alimentos.

### **5.3.19 ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

Es la articulación entre el hueso temporal y la mandíbula. En realidad son dos articulaciones, una a cada lado de la cabeza, que funcionan sincrónicamente. Es la única articulación móvil entre los huesos de la cabeza.

Consta de los siguientes elementos: el cóndilo que pertenece al maxilar inferior; la fosa articular ubicada en la base del cráneo; el menisco articular que se halla entre ambos elementos; la cápsula que rodea la articulación y el ligamento temporomandibular.

La Articulación Temporomandibular está compuesta por un conjunto de estructuras anatómicas que, con la ayuda de grupos musculares específicos, permite a la mandíbula ejecutar variados movimientos aplicados a la función masticatoria (apertura y cierre, protrusión, retrusión, lateralidad). Existe, además, una dentaria entre las piezas de los dos maxilares, que mantiene una relación de interdependencia con la ATM: La ATM está formada por el

cóndilo de la mandíbula, con la fosa mandibular y el cóndilo del hueso temporal. Entre ellos existe una almohadilla fibrosa: Disco articular. Por encima y por debajo de este disco existen pequeños compartimentos en forma de saco denominados cavidades sinoviales. Toda la ATM está rodeada de una cápsula articular fibrosa. La cara lateral de esta cápsula es más gruesa y se llama ligamento temporomandibular, evitando que el cóndilo se desplace demasiado hacia abajo y hacia atrás, además de proporcionar resistencia al movimiento lateral. Los cóndilos temporal y mandibular son los únicos elementos activos participantes en la dinámica articular por lo que se considera a esta articulación una Diartrosis bicondílea.<sup>64</sup>

A propósito de trastornos en la ATM, Barrancos Julio dice:

Cualquier trastorno funcional o patológico de localización en cualquiera de ellas será capaz de alterar la integridad de sus respectivos elementos constitutivos. (A veces se habla de Articulación Temporomandibulodentaria)

Cuando no hay sincronización entre el movimiento del cóndilo y el del menisco, en determinado momento del movimiento mandibular puede ocurrir un pequeño ruido o chasquido que significa que el hueso maxilar y el menisco no han actuado de manera armónica y uno produce el desplazamiento súbito del otro.<sup>65</sup>

La articulación temporomandibular permite movimientos funcionales de la boca necesarios para la alimentación y el habla. Cuando se presenta una disfunción en esta articulación se limita la movilidad de la boca y por ende la funcionalidad de la persona afectada. Las alteraciones más comunes son el síndrome de la articulación temporomandibular, las fracturas, luxaciones/ subluxaciones, bruxismo y artritis, las cuales se caracterizan por producir

---

<sup>64</sup> <http://grupofivasa.blogspot.com/2009/02/articulacion-temporomandibular-atm-es.html>

<sup>65</sup> BARRANCOS Julio. Operatoria Dental. Panamá. Editorial Médica Panamericana. 2006. P. 250.

dolor, inflamación, limitación de la movilidad articular y desequilibrio muscular.<sup>66</sup>

La pérdida de una o más piezas dentarias causa una posible desorganización de la conformación de las arcadas dentarias, con posibles consecuencias locales como puede ser la separación de piezas dentarias, ello implica mayor retención de alimentos, más formación de placa y por tanto más posibilidad de caries y enfermedad periodontal, y consecuencias a distancia, las más frecuentes son los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM). El perder piezas dentarias comporta un déficit en la eficacia masticatoria, con consecuencias tanto funcionales como orgánicas. Muchas enfermedades del tubo digestivo requieren una masticación correcta, por ello los médicos digestólogos aconsejan reponer las piezas dentarias perdidas.

A propósito de los signos y síntomas relacionados con trastornos de la ATM, Navarro Carlos dice:

Entre la población general se calcula que existe una alta prevalencia de signos y síntomas relacionados con trastornos temporomandibulares. Los síntomas más característicos consisten en ruidos articulares durante los movimientos mandibulares, dolor en los músculos de la masticación y/o articular y limitación de los movimientos mandibulares. Otros signos y síntomas asociados a los trastornos temporomandibulares son: cefalea, síntomas otológicos (acúfenos, hipoacusia, otalgia), dolor referido en áreas sinusales, cervicalgias, etc).<sup>67</sup>

A propósito de los síntomas por trastornos de la ATM, T. Broome Raymond dice:

Entre los síntomas principales de las lesiones de la ATM están estos:

Dolor preauricular

---

<sup>66</sup> <http://www.efisioterapia.net/articulos/imprimir.php?id=251>

<sup>67</sup> NAVARRO Carlos. Cirugía oral. España. Editorial Arán; 2008.P. 376

Ligeros ruidos articulares con o sin dolor, que van aumentando poco a poco y acaban convirtiéndose en chasquidos y provocando un bloqueo.

Disfunción y limitación del movimiento de la mandíbula y/o movimientos anormales de la misma.

Poca fuerza de los músculos que se usan para masticar.

Los cambios degenerativos en la ATM son una desagradable consecuencia del impacto que tiene a largo plazo una sobrecarga o un sobreesfuerzo constante de la articulación, pero aun así deben tenerse en cuenta al elaborar el protocolo de cualquier tratamiento. Así mismo, la dolencia implica dolor local y dificultad para abrir la boca. En general, el paciente no puede abrir la mandíbula más de 25mm sin sentir dolor y aparece tanto cuando está relajada como cuando está en tensión.<sup>68</sup>

### **5.3.20 LA MASTICACIÓN**

Como bien lo dice Okeson Jeffrey<sup>69</sup>, la masticación es la acción de aplastar-triturar y fragmentar los alimentos. Es la fase inicial de la digestión, en la que los alimentos son fragmentados en partículas de diversos tamaños para facilitar su deglución. La mayoría de las veces es una actividad agradable que utiliza los sentidos del gusto, el tacto y el olfato.

Es por ello que una buena masticación, será aquella en la que todos sus elementos funcionen equilibrados, dinámica y armónicamente. Cualquier alteración o desajuste bucal ya sea la más simple provocará en poco tiempo, una gran diversidad de disturbios metabólicos y enfermedades crónicas a nivel general con repercusiones en cualquier parte del cuerpo, que se mantendrán en el paciente toda su vida mientras persistan los trastornos Odontostomatológicos Morfofuncionales, estos no son tomados en cuenta en el diagnóstico, ni en el tratamiento de ninguna enfermedad.

---

<sup>68</sup> T. BROOME Raymond. Quiropráctica de las Articulaciones Periféricas. España. Editorial Paidotribo.2006.P.97.

<sup>69</sup> OKESON, Jeffrey. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. España. Editorial Elsevier.2008. P.39.

La falta de un diente provoca que todos los demás se acomoden y cambien de posición en la arcada dentaria. La dificultad en la masticación afecta a la musculatura masticatoria y a la articulación temporomandibular, circunstancia que puede causar dolores de cabeza, de oído, contracturas cervicales, etc.<sup>70</sup>

En la masticación intervienen principalmente las estructuras, es decir las piezas dentales, la lengua y las glándulas salivales, las cuales deberán reunir ciertos requisitos para una mejor función, toda dentadura deberá, estar completa, constando, de incisivos, caninos, premolares y molares, pues cada una de ellas desempeña una función diferente, cortar, triturar, moler etc. Así mismo deberán encontrarse correctamente alineadas, pues esto influye en una correcta oclusión (mordida).

### **5.3.21 MÚSCULOS QUE INTERVIENEN EN LA MASTICACIÓN.**

En el proceso de la masticación son necesarias distintas estructuras, una de las más importantes son los músculos que como ya se había mencionado con anterioridad son estos los que inician el movimiento; Mencionando que existe una división de dichos músculos en primarios y accesorios, los músculos primarios son los de mayor importancia.

#### **5.3.21.1 MÚSCULOS PRIMARIOS**

##### **5.3.21.1.1 TEMPORAL**

El músculo temporal o crotafites (Temporalis) es un músculo de la masticación, se encuentra en la fosa del temporal, de la que tiene la forma y las dimensiones. Es un ancho abanico, cuya base se halla dirigida arriba y atrás y cuyo vértice corresponde a la apófisis coronoides del maxilar inferior.

---

<sup>70</sup> [www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/cirugia-oral-maxilofacial/perdida-piezas-dentales](http://www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/cirugia-oral-maxilofacial/perdida-piezas-dentales)

Es elevador de la mandíbula y también dirigirlo hacia atrás; esta última acción la realiza sus haces posteriores.<sup>71</sup>

### **5.3.21.1.2 MASETERO**

El músculo masetero (Masseter) es un músculo de la cara. Es un músculo corto, cuadrilátero, y formado por dos fascículos: uno anteroexterno (superficial), y otro posterointerno (profundo).

Se inserta en el borde inferior del arco cigomático y en la cara externa de la rama del maxilar inferior o mandíbula, uniendo ambas estructuras óseas.

Elevación (como en el cierre de la boca) y protusión de la mandíbula.<sup>72</sup>

### **5.3.21.2 MÚSCULOS ELEVADORES**

#### **5.3.21.2.1 PTERIGOIDEO INTERNO**

El músculo pterigoideo interno (pterygoideus internus) es un músculo que se encuentra por dentro de la rama del maxilar inferior. Es corto y grueso y presenta forma cuadrilátera. Se inserta por arriba sobre la cara interna del ala externa de la apofisis pterigoides cubre toda la fosa pterigoidea y parte de la cara externa del ala interna de la apofisis pterigoides, por abajo en la parte interna del ángulo de la rama ascendente del maxilar inferior.

Es elevador de la mandíbula y se usa en la masticación

---

<sup>71</sup> <http://elcopalite.wordpress.com/2011/10/30/musculos-de-la-masticacion/>

<sup>72</sup> <http://www.vxv.com/video/xCkel6VZBUyO/musculo-masetero-morder-con-fuerza.html>

### **5.3.21.2.2 PTERIGOIDEO EXTERNO**

El músculo pterigoideo externo es un músculo corto y grueso con 2 partes o cabezas; una superior procedente de la superficie infratemporal y de la cresta esfenotemporal del ala mayor del esfenoides, y una inferior que procede de la superficie externa del ala externa (lateral) de la apófisis pterigoides. Sus fibras discurren hacia atrás y afuera, para insertarse en una depresión de la cara anterior del cuello de la mandíbula y en la cápsula y discos articulares de la ATM. Ayuda a abrir la boca llevando hacia delante la apófisis articular de la mandíbula (cóndilo articular) y el disco articular mientras que el cóndilo rota sobre el disco.<sup>73</sup>

### **5.3.21.3 MÚSCULOS DEPRESORES**

El grupo de músculos que cierran la boca se denominan Músculos Elevadores (porque suben la mandíbula), los que la abren se denominan Músculos Depresores (porque la hacen descender). En el grupo de los depresores, los más importantes son los Músculos Suprahioideos, osea, que se encuentran por encima del hueso hioides:

Milohioideo

Genihioídeo

Digástrico

Estos músculos se insertan en distintas partes en la base de la mandíbula y

---

<sup>73</sup> [www.fullsearch.com.ar/pterigoideo-interno.htm](http://www.fullsearch.com.ar/pterigoideo-interno.htm)

por otra parte se anclan al hueso hioides, de manera que al contraerse, se fijan en el hioides y descienden la base mandibular.

Para que esto suceda es necesario la ayuda de los Músculos Infrahioides, que generalmente se fijan al esternón para sujetar el hioides (que es un hueso móvil) y permitir la acción de los Músculos Depresores.<sup>74</sup>

#### **5.3.21.3.1 MÚSCULO MILOHIOIDEO**

El músculo milohioideo es un músculo plano, de fibras paralelas, que iniciándose en la línea milohioidea de la mandíbula se dirigen medialmente terminando en un rafe tendinoso que se extiende desde la superficie interna del mentón hasta el cuerpo del hioides, pasando por una línea media a lo largo de los límites entre los dos milohioideos. La parte posterior del músculo se inserta en el cuerpo del hioides. Ambos músculos milohioideos, uniéndose, constituyen el fondo muscular de la boca, diafragma óris, que cierra por abajo la cavidad bucal.

El músculo milohioideo puede deprimir la mandíbula contra una resistencia, elevar el hioides y elevar el suelo de la boca. Al elevar y fijar el hioides, ayuda a presionar la lengua contra el techo de la boca, lo que es importante en la deglución.

#### **5.3.21.3.2 MÚSCULO GENIOHIOIDEO**

El geniohioideo es un músculo par, situado por encima del milohioideo, es un pequeño músculo de forma cilindroide, que se extiende, de derecha a izquierda de la línea media, desde el hioides a la sínfisis del mentón.

---

<sup>74</sup> [www.iqb.es/cbasicas/anatomia/musculos/musculos1.htm](http://www.iqb.es/cbasicas/anatomia/musculos/musculos1.htm)

El geniohioideo tiene una doble acción: es elevador del hioides, si toma por punto fijo el maxilar; es depresor del maxilar, si toma por punto fijo el hioides, previamente inmovilizado por la contracción de sus músculos depresores.<sup>75</sup>

### **5.3.21.3.3 MÚSCULO DIGÁSTRICO**

El músculo digástrico (llamado digástrico por tener dos vientres musculares) es un pequeño músculo situado bajo el maxilar inferior, forma parte de los músculos suprahioideos del cuello. Está compuesto por dos vientres; uno posterior y otro anterior y por un tendón intermedio, el cual pasa por una polea lateral del hueso hioide. Cuando el músculo digástrico se contrae, produce el elevamiento del hueso hioides. Si el hioides se mantiene en su posición (debido a los músculos infrahioideos), tiende a impulsar hacia abajo la mandíbula y abre la boca - músculo depresor de la mandíbula, para algunos autores-, contribuyendo a la masticación.<sup>76</sup>

Músculos accesorios:

Lengua  
Carrillos  
Labio  
Paladar

Los Desórdenes temporomandibulares producen tensión y contracción de los músculos masticatorios y contracción refleja en los músculos tensor del velo palatino y tensor del tímpano, generando sintomatología ótica.

En el edentulismo, los músculos primarios presentan cambios que llevan a una disminución en la fuerza de la mordida. Presentan alteraciones anatómicas, tanto macroscópicas como microscópicas, y una reducción

---

<sup>75</sup> [www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/uchima\\_kk/pdf/uchima\\_uchima\\_kk.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/uchima_kk/pdf/uchima_uchima_kk.pdf)

<sup>76</sup> [www.otorrinoweb.com/cuello/1996.html](http://www.otorrinoweb.com/cuello/1996.html)

significativa de la densidad de los músculos masetero y pterigoideo. Los cambios en la función motora oral forman parte de los cambios que sufren los músculos en el organismo en general; pero son menos marcados que en el resto del organismo, manteniendo el reflejo del masetero intacto hasta edades muy avanzadas.<sup>77</sup>

Los individuos con dolores musculares suelen tener muy poco dolor en la articulación. Es más, sienten dolor y contractura en ambos lados de la cara cuando se despiertan o después de períodos de gran tensión nerviosa durante el día. El dolor y la contractura aparecen debido a espasmos musculares causados por apretar repetidamente los músculos o los dientes y hacerlos rechinar. Apretar y rechinar los dientes mientras se duerme se hace con mucha más fuerza que estando despierto.

El tono muscular orofacial se ve disminuido en pocas personas, pero al igual que las demás zonas musculares puede presentar sarcopenia (deficiencia en el tono muscular). Tal vez éste sea el motivo de la pérdida del tono muscular que produce un escurrimiento de saliva, generalmente confundido con hipersalivación (sialorrea), antes considerada erróneamente parte normal del envejecimiento.<sup>78</sup>

Morales Fernando presenta el siguiente efecto de pérdida dental en los músculos faciales "al perder los dientes, el soporte de la musculatura facial

---

<sup>77</sup> [http://msd.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/seccion\\_08/seccion\\_08\\_096.html](http://msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_08/seccion_08_096.html)

<sup>78</sup> <http://www.clinicadentalgazel.com/articulos/tesis-de-licenciatur-s-en-odontologia-general/>

(músculo y hueso) se pierde lo cual condiciona el aspecto "típico" al rostro del anciano"<sup>79</sup>.

Cadavid Adriana presenta los siguientes efectos de pérdida dental "también se manifiestan mialgias en otros músculos inervados por el trigémino y puede presentarse dolor en el piso de la boca, el oído, el paladar e incluso en el cuello. Se puede inducir dolor miofascial y disfunción muscular que pueden prolongar después de tratar el factor etiológico"<sup>80</sup>.

### **5.3.22 DEGLUCIÓN**

Gil Hernández presenta la siguiente definición de deglución "es el proceso por el cual el bolo alimenticio formado en la cavidad oral es transportado hasta el estómago, atravesando la faringe y el esófago. En su inicio el proceso es voluntario, mientras que el resto es, en su totalidad, reflejo"<sup>81</sup>.

Cuando hablamos de la estructura nos referimos a las diversas partes que intervienen en la deglución. Estas son: los labios, las mejillas, la lengua, el hueso hioides, la mandíbula, la faringe, el esófago y, en un papel secundario, la laringe.<sup>82</sup>

Una Mala Deglución también esta dada por la falta de piezas dentarias o por prótesis dentales que no hacen contacto con sus antagonistas, ya que la lengua ingresa en los espacios vacíos, impidiendo que esta realice el sellado palatal y los estímulos reflejos correspondientes.

### **5.3.23 FONACIÓN**

La fonación es el trabajo muscular realizado para emitir sonidos inteligibles, es decir, para que exista la comunicación oral. El objetivo último de la

---

<sup>79</sup> MORALES, Fernando. Temas Prácticos en Geriátrica Gerontología. Costa Rica. Universidad Estatal a Distancia. 2007. P. 83.

<sup>80</sup> CADAVID Adriana. Dolor y cuidados Paliativos. Colombia. Editorial CIB. 2006. P. 177.

<sup>81</sup> GIL, Hernández. Tratado de Nutrición. España. Editorial Médica Panamericana, 2010. P.179.

<sup>82</sup> <http://www.odontologiamorfofuncional.org/pages/ea.htm>

fonación es la articulación de palabras, a través del proceso por el cual se modifica la corriente de aire procedente de los pulmones y la laringe en las cavidades supraglóticas como consecuencia de los cambios de volumen y de forma de estas cavidades.

El conjunto de las cavidades supraglóticas puede dividirse en tres partes: la faringe, la cavidad bucal y la cavidad nasal.<sup>83</sup>

El aparato fonador humano es el conjunto de los diferentes órganos que intervienen en la articulación del lenguaje en el ser humano. Estos órganos son laringe, cavidad bucal, labios, lengua, paladar, cavidad nasofaríngea.

Las personas que carecen de dientes tienen problemas para articular ciertos sonidos.<sup>84</sup>

### **5.3.24 DIGESTIÓN**

La digestión es el proceso de transformación de los alimentos, previamente ingeridos, en sustancias más sencillas para ser absorbidos.

También es el proceso en que los alimentos al pasar por el sistema digestivo son transformados en nutrientes y minerales que necesita nuestro cuerpo.

La digestión ocurre tanto en los organismos pluricelulares como en las células, (ver digestión intracelular). En este proceso participan diferentes tipos de enzimas.

---

<sup>83</sup> <http://es.scribd.com/doc/37307829/Fisiologia-de-la-faringe>

<sup>84</sup> <http://www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/cirugia-oral-maxilofacial/perdida-piezas-dentales>

### **5.3.24.1 PROBLEMAS DIGESTIVOS.**

La dificultad para masticar origina digestiones más lentas y pesadas. Además, la imposibilidad para masticar alimentos duros reduce la variedad en la alimentación.

Además de una mala digestión se puede dar problemas de la sangre como anemia porque como no puede masticar deja de comer muchas cosas que tienen nutrientes esenciales para la nutrición correcta, explicó en entrevista con este matutino.<sup>85</sup>

### **5.3.25 TRATAMIENTO DEL EDENTULISMO**

A propósito de tratamientos para el edentulismo, Hernández Helen dice:

La forma más sana de cuidar nuestros dientes es mantenerlos limpios. No hay más.

Para tener los dientes blancos, brillantes y fuertes debemos tomar en cuenta la anatomía de los mismos y los tejidos que los rodean.

Todos los dientes están rodeados por la encía que protege a las raíces. Entre diente y diente la encía adquiere una forma de v para evitar la acumulación de residuos de alimentos (que es lo que eliminamos al cepillar). Si queremos tener una buena dentadura, bastará con tener la buena costumbre de mantenerlos limpios.<sup>86</sup>

El tratamiento de la pérdida dentaria ha sido uno de los pilares fundamentales de la odontología desde tiempos remotos. En la actualidad el tratamiento del edentulismo, es colocarle al paciente prótesis ya sean removibles o fijas. Estas prótesis restablecen la función y la estética satisfactoriamente a muchas personas, estas pueden considerarse como rehabilitaciones ideales, debido a que en algunos pacientes, dicho tratamiento es la solución a problemas principalmente psicológicos, es decir, miedo al hablar o al sonreír, lo que origina un estado de tensión e inseguridad, además del problema funcional como la eficacia masticatoria.

---

<sup>85</sup> <http://www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/cirugia-oral-maxilofacial/perdida-piezas-dentales>

<sup>86</sup> HERNÁNDEZ, Helen. Manual de Personalidad e Imagen. México; Editorial Pax. 2007. P.45.

Cuando el paciente sufre la pérdida de uno o más dientes, es recomendable su reemplazo tan pronto como sea posible, por las razones ya mencionadas. Si el estado bucal existente o motivaciones de costo determinan que es candidato a ser portador de prótesis removible, es fundamental establecer el diseño protésico más adecuado a la cantidad y ubicación de los dientes que permanecen en boca. El objetivo es rehabilitar con un sistema que junto con devolver al paciente los dientes perdidos, permita proteger las estructuras remanentes. Se ha estudiado que una prótesis removible de diseño inadecuado o con una distribución poco equitativa de las cargas oclusales, es la principal causa de la pérdida progresiva del reborde alveolar, lo que genera desajuste de las prótesis y en no pocos casos la rápida evolución hacia la prótesis total. Para muchos pacientes, es una creencia arraigada que una buena prótesis total va a solucionar sus problemas dentales, funcionando mucho mejor que sus “feos y gastados” dientes.<sup>87</sup>

A ellos se les debe inculcar que ni el más avanzado sistema de rehabilitación protésico, por estético y sofisticado que pueda ser, va a poder reemplazar la perfección fisiológica y adaptativa que los dientes verdaderos tienen por naturaleza. Y que en muchas ocasiones, será de inmenso valor conservar heroicamente algunos dientes, que por su ubicación estratégica prolongarán las características originales del sistema.

Finalmente es fundamental explicar al paciente que las prótesis dentales, en cualquiera de sus tipos, nunca son definitivas.

El Odontólogo antes de proceder a construir una prótesis, debe estudiar con

---

<sup>87</sup> [www.revistavisiondental.net/articulo\\_fijaciondepilaresproteticos.htm](http://www.revistavisiondental.net/articulo_fijaciondepilaresproteticos.htm)

detenimiento las características del terreno soporte que servirá de asiento a la dentadura; y si es capaz dicho terreno, de tolerar sin sufrir daño las variadas fuerzas que serán transmitidas a través de la prótesis. Se debe hacer un estudio y análisis de las condiciones del hueso maxilar, de las inserciones musculares, frenillos y de la mucosa bucal que lo recubre. Todo esto con la finalidad de que el protesista pueda confeccionar una prótesis funcional conservando en óptimas condiciones de salud todos los tejidos sobre los cuales asienta.

Si el paciente es desdentado total, debe realizar una delicada limpieza de la encía que cubre el reborde alveolar al menos después de cada comida, con un cepillo suave o una gasa, ésta última idealmente embebida en clorhexidina. O en caso contrario una solución de Agua oxigenada (1 Tapa) diluida en  $\frac{1}{2}$  vaso de Agua hervida fría. Y realizar la limpieza con gasa 2 veces al día.

En pacientes que padecen xerostomía, dependiendo de la causa de origen, es recomendable la utilización de productos estimulantes de la secreción salival, como chicles libres de azúcar y productos cítricos e incluso de fármacos sialagogos como la pilocarpina y la neostigmina, estos últimos bajo estricto control por posibles efectos secundarios, o bien, la indicación de sustitutos salivales, basados en soluciones de mucinas, o de glucoproteínas, o de carboximetilcelulosa, o soluciones acuosas o con algún contenido enzimático, con la función de humedecer y lubricar la mucosa bucal.<sup>88</sup>

Con la pérdida de los dientes, el hueso de los maxilares se reabsorbe de manera crónica y progresiva, lo que hace necesario que las prótesis deban

---

<sup>88</sup> [www.geodental.net/artic-4846-esp-7.html](http://www.geodental.net/artic-4846-esp-7.html)

cambiarse cada cinco años, lo cual no se presenta en la realidad cuando la mayoría de los usuarios de prótesis totales han tenido las mismas por periodos de tiempo que oscilan entre los 10 y los 25 años; si a esto se le agrega que hacen uso de éstas las 24 horas del día, sin retirarlas durante la noche para permitir a los tejidos que las soportan, su recuperación, se configura un cuadro que favorece la aparición de lesiones inflamatorias, ulcerativas e hiperplásicas. Por tanto aun las personas que no tienen dientes naturales y que usan prótesis totales y /o parciales, deben asistir periódicamente (al menos una vez al año) a consulta odontológica.<sup>89</sup>

Cuando por varias razones se van perdiendo los dientes y aparecen los primeros lugares desdentados de la boca, todos debemos saber que más allá de los nuevos espacios oscuros que aparecen, lo que sucedió es que interrumpimos un sistema el cual, al igual que una maquina compuesta por muchos engranajes, deja de funcionar en forma optima y termina resintiéndose en su conjunto.

Los dientes se agrupan en la boca conformando los llamados arcos dentarios, ubicados en forma tal que contactan siempre con sus dos vecinos y, al morder, con el opuesto superior o inferior. De esta forma, cuando los arcos dentarios están completos, es la presencia de todos los dientes la que permite mantener su posición estable.<sup>90</sup>

---

<sup>89</sup> [www.revistavisiondental.net/articulo\\_fijaciondepilaresprotesicos.htm](http://www.revistavisiondental.net/articulo_fijaciondepilaresprotesicos.htm)

<sup>90</sup> <http://www.webinterdental.com/articulos.html>

Si faltan uno o más dientes y se interrumpen las arcadas dentarias, los dientes comienzan a moverse y a cambiar su posición, como si buscaran poder tocarse con sus vecinos ausentes y así, empieza un proceso de migración que no culmina hasta la reposición de los dientes ausentes mediante la confección de una correcta prótesis. Como consecuencia de la pérdida de dientes y del proceso antes descrito, se altera no solo la estética, sino también la eficacia masticatoria, pudiendo llegar a traer problemas gástricos si la falta de dientes es importante y si el alimento es tragado sin ser masticado correctamente. A su vez, la alteración de la posición dentaria es un factor que estimula el rechinar dentario nocturno (bruxismo) y con el tiempo termina afectando en mayor o menor grado a la articulación mandibular. Por todo esto es necesario reponer las piezas faltantes lo mas pronto posible, sabiendo que de este modo está, además de reponiendo lo faltante, preservando todas las estructuras mencionadas, la salud de la boca en su conjunto y de la persona en particular.<sup>91</sup>

#### **5.3.25.1 TRATAMIENTO PARA EL EDENTULISMO TOTAL**

Existen varias opciones de tratamiento: Prótesis removible, Puente convencional, Puente soportado por implantes.

##### **5.3.25.1.1 PRÓTESIS REMOVIBLE**

Son aquellas que el paciente puede retirar de la boca y volver a colocar por sí mismo:

Prótesis removible de resina

---

<sup>91</sup> [www.drlalinde.com/odontologia/periodoncia.htm](http://www.drlalinde.com/odontologia/periodoncia.htm)

## Prótesis removible metálica o esquelética

### Ortodoncia removible

Las prótesis removibles de resina, agrupan aquellas que son realizadas con resina acrílica (u otros plásticos), y que pueden ser colocadas y extraídas por el paciente. La elaboración de estas prótesis dentales ha de atender tanto a criterios funcionales como estéticos, y debemos invitar al paciente a la realización de una higiene cuidada, tanto de la cavidad oral como de la prótesis, que debe ser extraída para su limpieza. <sup>92</sup>

Las prótesis removibles metálicas, también conocidas como esqueléticas, son prótesis parciales dentomucosoportadas. Es decir, se sujetan tanto en los dientes como en la mucosa, y se realizan cuando el paciente aún conserva algunos de sus dientes naturales. Estas prótesis son removibles, o lo que es lo mismo, pueden ser extraídas y colocadas por el paciente.

Se hacen mediante una estructura metálica (Base Metálica) colada (que puede ser de diferentes aleaciones, tanto nobles como no nobles) a partir de un patrón de cera realizado manualmente, y con el uso de preformas, sobre los modelos de revestimiento. Los dientes y reconstrucciones de la encía son de resina acrílica. <sup>93</sup>

La aparatología removible es el tratamiento ortodóntico empleado en la dentición temporal y mixta utilizado para provocar cambios histológicos en los tejidos del órgano masticatorio a través de estímulos mecánicos sobre dientes y periodonto. De este modo, determinados estados patológicos

---

<sup>92</sup> [http://www.odontocat.com/protesis/previo\\_1.htm](http://www.odontocat.com/protesis/previo_1.htm)

<sup>93</sup> [www.clinicaruhr.com/proteis\\_removible.82.html](http://www.clinicaruhr.com/proteis_removible.82.html)

diagnosticados en la dentición temporal, se corrigen con el empleo de esta aparatología.

Para llevar a cabo el tratamiento, se usan las placas removibles activas, que son elaboradas en el laboratorio dental por el protésico.<sup>94</sup>

### **5.3.25.1.2 PUENTE CONVENCIONAL**

Para fijar un puente convencional es necesario tallar los dientes vecinos. Posteriormente, el puente se fija o adhiere a los muñones resultantes. Esta técnica convencional tiene ventajas e inconvenientes:

#### **5.3.25.1.2.1 VENTAJAS**

No es necesario realizar una intervención quirúrgica.

#### **5.3.25.1.2.2 INCONVENIENTES**

Es necesario tallar los dientes sanos adyacentes, con lo que se pierde irreversiblemente tejido dentario vivo.

Los dientes tallados pueden perder su vitalidad debido a los daños sufridos.

El elevado esfuerzo masticatorio que debe ser soportado por los dientes vecinos tallados (pilares) puede provocar su pérdida prematura.

En los pilares tallados que soportan el puente puede formarse caries.

Al no estar sometido a esfuerzo, el hueso situado entre los pilares puede atrofiarse.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> [www.ortodoncia-estetica.com.ar/ortodoncia-removible.asp](http://www.ortodoncia-estetica.com.ar/ortodoncia-removible.asp)

<sup>95</sup> <http://www.tusaludbucal.com.ar/contenido/prótesis-convencionales>

### **5.3.25.1.3 PUENTE SOPORTADO POR IMPLANTES**

Cuando faltan varios dientes adyacentes, un puente con el soporte de implantes es un excelente tratamiento para reemplazarlos.

Si bien cada caso será distinto, por lo general se requieren dos fases para colocar un puente con el soporte de implantes. La primera fase comprende la colocación quirúrgica de los implantes. La segunda fase incluye la restauración de los implantes con un puente.<sup>96</sup>

### **5.3.25.2 TRATAMIENTO PARA EL EDENTULISMO PARCIAL:**

Los tratamientos son: Prótesis Parcial, Puente adhesivo, Puente fijo, Implante.

#### **5.3.25.2.1 PRÓTESIS PARCIAL**

No es una solución fija. La dentadura puede tener cierta inestabilidad. Sin embargo, puede ser confortable. Se realiza en acero y acrílico, y no permite obtener el mismo resultado estético que la porcelana. Las ventajas no son muchas, pero existen; los dientes vecinos se respetan, es fácil de colocar y no hay que olvidar su precio económico.<sup>97</sup>

#### **5.3.25.2.2 PUENTE ADHESIVO**

Se coloca fácilmente, y responde a todas las exigencias funcionales. Se realiza en porcelana y unas pequeñas láminas metálicas ocultas, sirven para pegar el diente a las piezas naturales adyacentes. Permite un resultado estético muy satisfactorio. Además los dientes vecinos se tallan muy poco.

---

<sup>96</sup> [http://www.clinicaseptimadental.es/puente\\_sobre\\_implante.php](http://www.clinicaseptimadental.es/puente_sobre_implante.php)

<sup>97</sup> <http://www.dentis.es/o3-replacement-dents-implants.html>

Sin embargo no es una solución definitiva. Es posible que este tipo de puente se deteriore, y deba reemplazarse en algunos años.<sup>98</sup>

#### **5.3.25.2.3 PUENTE FIJO**

Un puente fijo es una prótesis dental que reemplaza uno o más dientes perdidos, restaurando el espacio entre dos dientes. Los puentes fijos son cementados a sobre los dientes adyacentes al espacio a reemplazar, estos no son como las dentaduras parciales removibles, los puentes fijos no se pueden sacar o retirar de la boca como esos pacientes que tienen las removibles. Un puente fijo es un aparato que consiste en tres dientes; uno que es el pónico (el diente falso a reemplazar) y los otros dos que son las coronas que van cementadas sobre los dientes naturales.<sup>99</sup>

#### **5.3.25.2.4 IMPLANTES**

Los implantes son unas fijaciones de titanio puro que se colocan en el hueso maxilar con el fin de sustituir a las raíces de las piezas dentales perdidas, lo cual nos permite reemplazar la pieza natural por una pieza artificial de mejor funcionalidad e igual o mejor estética.<sup>100</sup>

### **5.3.25.3 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EDENTULISMO**

Corrección de las anomalías óseas

Corrección de las anomalías de los tejidos blandos

Aumento de la zona de soporte de las prótesis

---

<sup>98</sup> <http://www.dentis.es/o3-replacement-dents-implants.html>

<sup>99</sup> <http://www.vamosdental.com/es/faqs.htm>

<sup>100</sup> <http://www.implantologiaestetica.com/tratamientos/implantes-dentales>

- a) tejido blando: vestibuloplastia
- b) tejido duro: osteotomía e injerto óseo<sup>101</sup>

#### **5.3.25.4 INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO**

Entre las indicaciones podemos mencionar: pacientes con defectos congénitos y/o adquiridos, dientes muy desgastados, erosionados y en malposición, dientes con movilidad y poco soporte óseo, (siempre que el paciente pueda mantener una buena higiene bucal) y en casos de ausencia dentaria parcial uni o bilateral posterior y ausencias dentárias amplias anteriores para obtener soporte adicional para la prótesis.

#### **5.3.25.5 CONTRAINDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO**

Está contraindicado cuando el estado periodontal, endodóntico o la posición del pilar, impidan su conservación y mantenimiento y comprometan el factor estético y la adecuada construcción de la sobredentadura.<sup>102</sup>

#### **5.3.25.6 DIFERENCIAS ENTRE DIENTES NATURALES Y ARTIFICIALES**

La diferencia fundamental entre los dientes naturales y los artificiales es que aquellos están firmemente arraigados en el hueso de la mandíbula, lo que hace posible que sean más eficaces para cortar, desgarrar y desmenuzar la comida hasta reducirla a trozos minúsculos. Los dientes inferiores se cruzan con los superiores y ejercen una fuerte acción de cortar y moler.

Sin embargo, las dentaduras postizas completas simplemente se apoyan sobre las encías o las crestas. Se mantienen en su lugar gracias a las

---

<sup>101</sup> [www.masblogs.net/odontologia/cirugia-preprotetica](http://www.masblogs.net/odontologia/cirugia-preprotetica)

<sup>102</sup> [http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/sobredentaduras\\_parciales\\_removibles.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/sobredentaduras_parciales_removibles.asp)

débiles fuerzas ejercidas por la lengua, las mejillas y los adhesivos. Como no se arraigan igual que los dientes naturales, es fácil que se desplacen.

Por eso la eficacia de las dentaduras postizas varía de una persona a otra. Ninguna dentadura tiene la eficacia de los dientes naturales. La forma y el tamaño de las mandíbulas, los tipos de tejidos e incluso la actitud mental del usuario, además de su capacidad de aprender a usarla, son factores determinantes de su eficacia. Su principal limitación es la falta de estabilidad. Sin embargo, en lo que se refiere a la apariencia, se pueden conseguir dientes artificiales que parezcan totalmente naturales.<sup>103</sup>

Lamentablemente, hay personas que no aprecian la sabiduría, el diseño y el uso práctico de los dientes naturales hasta que tienen que usar dentadura postiza. Los humanos tan solo son capaces de hacer una débil copia del original, pero nunca llegarán al mismo grado de maravillosa eficacia.

Quizás su situación requiera que piense seriamente en la necesidad de llevar dentadura postiza, ya sea completa o parcial. La decisión, desde luego, es suya, pero parece adecuado examinar sus ventajas. Puede que le ayude a evitar posibles problemas digestivos, conseguir que su nutrición sea la adecuada y mejorar su capacidad de comunicación. Y, desde luego, puede mejorar su apariencia.

Es cierto que los que llevan dentaduras postizas por lo general lamentan la pérdida de sus dientes naturales; no obstante, la invención de dientes

---

<sup>103</sup> [www.clinicadentaldoblas.es/tratamie.php](http://www.clinicadentaldoblas.es/tratamie.php)

artificiales ha contribuido en cierta medida a la tranquilidad y a una sensación de bienestar para muchas personas por todo el mundo.<sup>104</sup>

---

<sup>104</sup> [www.dental-argentina.com.ar/espanol/implantes\\_dentales.htm](http://www.dental-argentina.com.ar/espanol/implantes_dentales.htm)

## **CAPÍTULO VI**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **6. MÉTODOS**

##### **6.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN**

- a. Método Bibliográfico
- b. Investigación de Campo

##### **6.2 NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN**

- a. Descriptivo
- b. Analítico
- c. Sintético
- d. Propositivo

##### **6.3 TÉCNICAS**

- a. Encuesta dirigida a los pacientes del Centro Gerontológico "GUILLERMINA LOOR DE MORENO"
- b. Observación de los diferentes cambios tanto esqueléticos como musculares a nivel bucal por presencia de edentulismo en estos pacientes.
- c. Encuesta dirigida a las autoridades del Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno.

##### **6.4 INSTRUMENTO**

- a. Formulario de Encuesta.
- b. Ficha de Observación

## **6.5 RECURSOS**

### **6.5.1 TALENTO HUMANO**

- a. Investigadora
- b. Director/a del proyecto de tesis.
- c. Pacientes del Centro Gerontológico
- d. Autoridades del Centro Gerontológico
- e. Enfermeros del Centro Gerontológico
- f. Auxiliares del Centro Gerontológico

### **6.5.2 TECNOLÓGICOS**

- a. Internet.
- b. Flash memory.
- c. Laptop
- d. Escáner.
- e. CD.
- f. Cámara Fotográfica.
- g. impresoras

### **6.5.3 MATERIALES**

- a. textos relacionados al tema
- b. encuadernación
- c. fotocopias
- d. materiales de oficina
- e. suministros de impresión
- f. viáticos

### **6.5.4 ECONÓMICOS**

La investigación tendrá un costo aproximado de 2091.99 dólares que serán financiados por la investigadora que sigue el caso.

## **6.6 POBLACION Y MUESTRA**

### **6.6.1 POBLACIÓN**

La investigación se realizará en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno donde exist una población de 62 internos de entre 75 y 95 años.

### **6.6.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

62 pacientes internos

### **6.6.3 TIPO DE MUESTREO**

Aleatorio simple

## CAPÍTULO VII

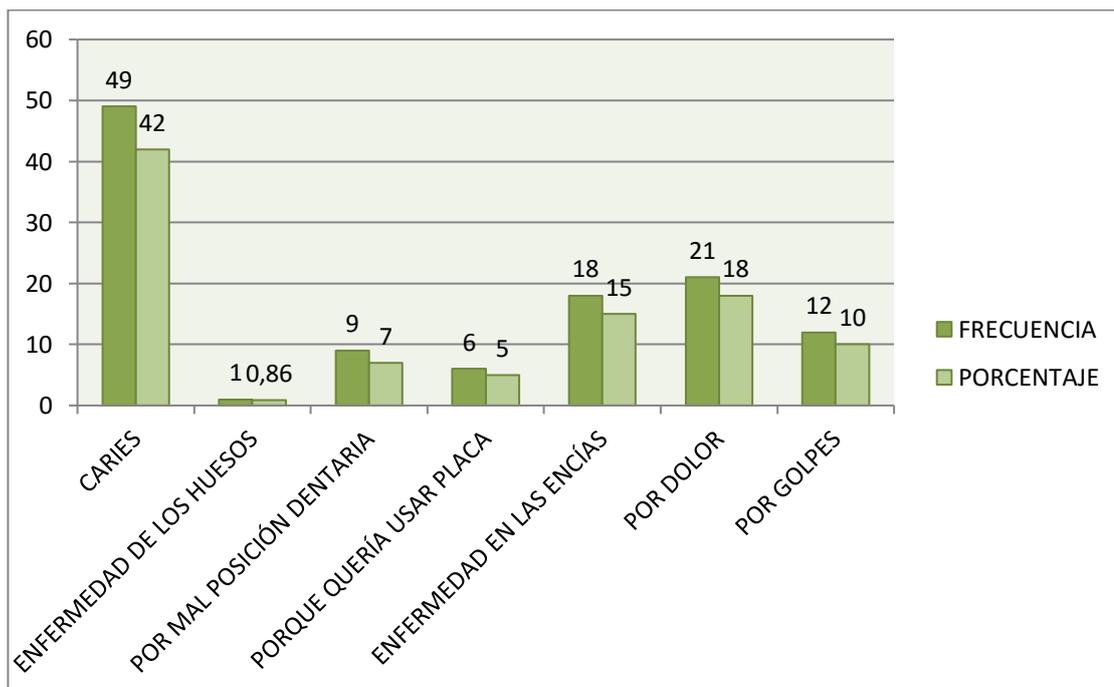
### 7.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 7.1.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO "GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO.

GRAFICUADRO N<sup>o</sup> 1

¿EL MOTIVO DE LA PÉRDIDA DE SUS PIEZAS DENTARIAS FUE POR?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Caries	49	42%
Enfermedad en los huesos	1	0,86%
Por mal posición dentaria	9	7%
Porque quería usar placa	6	5%
Enfermedad en las encías	18	15%
Por dolor	21	18%
Por golpes	12	10%
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100%</b>



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO  
 ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las 62 encuestas realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo, nos indican que: 49 pacientes perdieron sus dientes por caries lo que corresponde al 42,24% de la muestra, 21 por dolor lo que corresponde al 18,10% de la muestra, 18 por enfermedad en las encías lo que corresponde al 15,52% de la muestra, 12 pacientes perdieron sus dientes por traumatismo o golpe lo que corresponde al 10,34% de la muestra, 9 pacientes por mal posición dentaria lo que corresponde al 7,76% de la muestra, 6 por necesidad de placa lo que corresponde al 5,17% y 1 paciente perdió sus dientes por enfermedad en los huesos lo que corresponde al 0,86% de la muestra.

**Dr. Ludovic Doussoulin. ¿Porqué pueden perderse los dientes?. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado en: Diciembre 22, 2011. Disponible en:**

<http://saludestudiantil.uc.cl/content/view/17/61/>

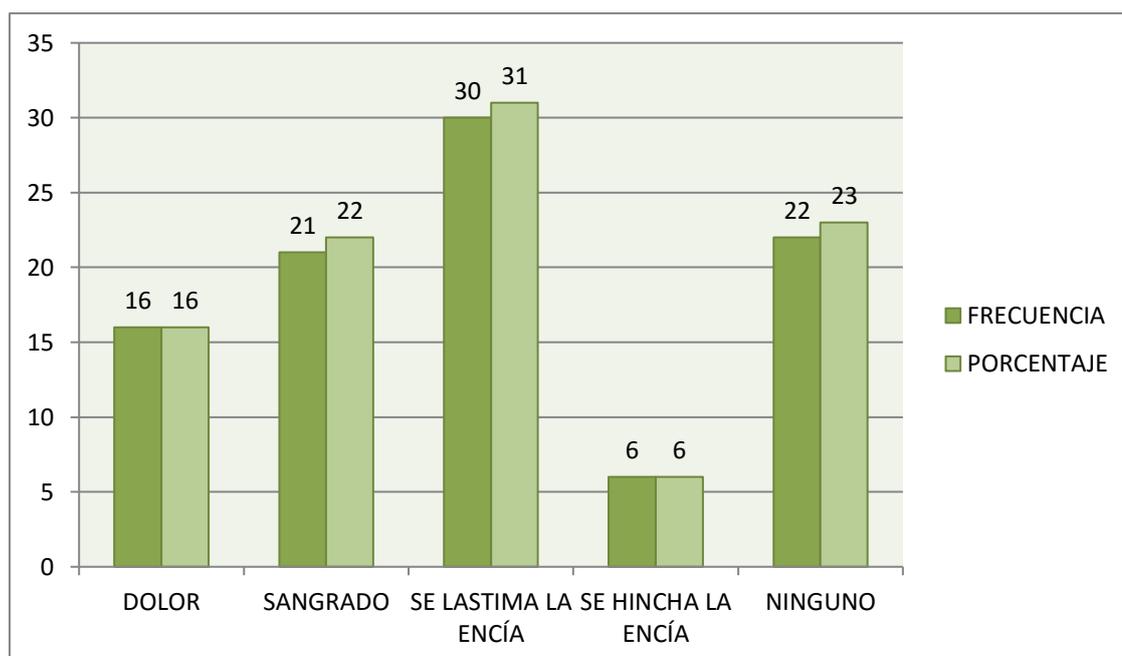
**"Las dos principales enfermedades que causan la pérdida dental son la caries y la enfermedad periodontal (enfermedades que afectan a las encías, tejidos y estructuras que protegen y sujetan al diente en la boca). Además existen otras afecciones que pueden ser motivo de la pérdida de un diente, como son: Desgastes de los dientes, traumatismos, piezas dentarias con tratamientos inconclusos, fracturas dentales etc."** PÁG. 18

Frente a los resultados obtenidos se encontró que el mayor número de pacientes (49 pacientes), con un 42,24% presentan pérdida de sus dientes por caries.

## GRAFICUADRO N<sup>o</sup> 2

¿CUANDO MASTICA SIENTE UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES  
INCONVENIENTES?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Dolor	16	16%
Sangrado	21	22%
Se lastima la encía	30	31%
Se hincha la encía	6	6%
Ninguno	22	23%
<b>Total</b>	95	100%



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las 62 encuestas realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo, nos indican que: 30 pacientes se lastiman la encía al masticar lo que corresponde al 31,58% de la muestra, 22 pacientes aseguraron no tener ningún tipo de inconveniente lo que corresponde al 23,16% de la muestra, 21 pacientes tiene problemas de sangrado durante la masticación lo que corresponde al 22,11% de la muestra, 16 pacientes manifestaron sentir dolor lo que corresponde al 16,84% de la muestra y 6 pacientes manifestaron también sufrir de inflamación o sentir hinchazón de la encía lo que corresponde al 6,32% de la muestra.

**"La ausencia de piezas dentales determina que el paciente, en numerosas ocasiones, recurra a prótesis completas, que son elaboradas con las dimensiones de apoyo y ajuste bucales propias del momento de su confección. Con el paso del tiempo estas dimensiones se modifican, como consecuencia de la reabsorción ósea, fenómeno que provoca desajustes de la prótesis que pueden producir ulceraciones frecuentes o importantes en la mucosa e impiden llevar a cabo una adecuada masticación de los alimentos".** PÁG 35

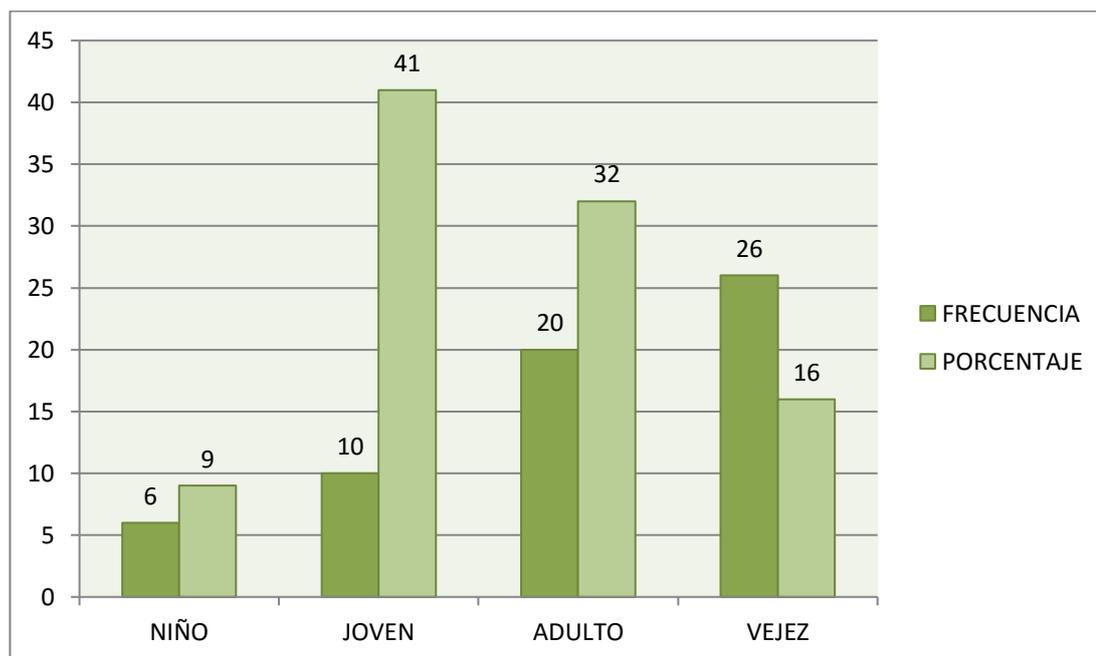
**Palma Ascención. (2007). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. (PP. 12). ELSEVIER. España.**

Frente a los resultados obtenidos se encontró que el mayor número de pacientes (30 pacientes), con un 31,58% se lastiman la encía al masticar.

### GRAFICUADRO N° 3

¿EN QUÉ ETAPA DE SU VIDA EMPEZÓ A PERDER SUS DIENTES?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Niño	6	9%
Joven	10	41%
Adulto	20	32%
Vejez	26	16%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO  
 ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las 62 encuestas realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Llor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo, nos indican que: 26 pacientes empezaron a perder sus dientes al llegar la vejez lo que corresponde al 41,94% de la muestra, 20 pacientes perdieron sus dientes en edad adulta lo que corresponde al 32,26% de la muestra, 10 pacientes manifestaron haber perdido sus dientes en la juventud lo que corresponde al 16,13% de la muestra y 6 pacientes perdieron sus dientes en la niñez lo que corresponde al 9,68% de la muestra.

**"Aun cuando los dientes son los tejidos más duros de nuestro cuerpo, la pérdida acelerada de los mismos a tempranas edades, a causa de la caries y la enfermedad periodontal, ha sido una constante en nuestro país y la población adulta mayor presenta actualmente, las secuelas que producen estas dos enfermedades orales; es así como la mayoría, ostenta algún grado de edentulismo y requiere de una adecuada rehabilitación protésica y oral, para recuperar en alguna medida las funciones afectadas (fonética, estética y masticatoria)".** PÁG 13

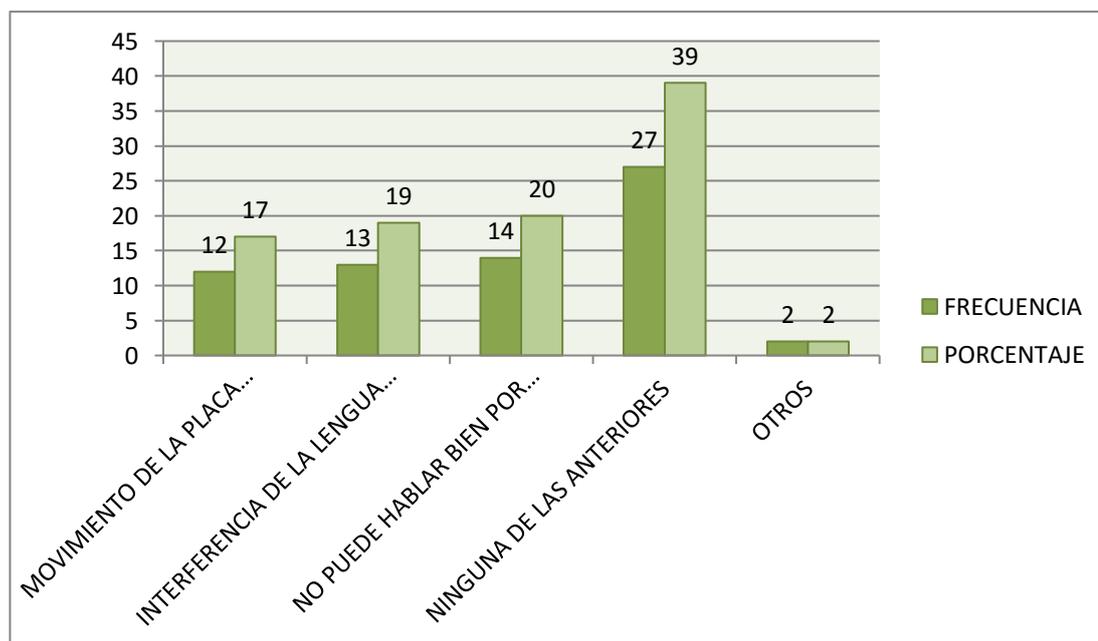
**Morales Fernando. (2007). Temas prácticos en Geriatria Gerontología. (PP.81) Universidad Estatal a Distancia. Costa Rica.**

Frente a los resultados obtenidos se encontró que el mayor número de pacientes (26 pacientes), con un 41,94% perdieron sus dientes durante la vejez.

#### GRAFICUADRO N<sup>a</sup> 4

¿AL CONVERSAR CON OTRA PERSONA SE LA HA PRESENTADO ALGUNA MOLESTIA?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Movimiento de la placa durante la conversación	12	17%
Interferencia de la lengua en la pronunciación de las palabras	13	19%
No puede hablar bien por falta de placa	14	20%
Ninguna de las anteriores	27	39%
Otros	2	2%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO  
ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las 62 encuestas realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo, nos indican que: 27 pacientes manifiesta no sentir ningún tipo de molestia lo que corresponde al 39,71% de la muestra, 14 pacientes manifestó no poder hablar bien por falta de placa lo que corresponde al 20,59% de la muestra, 13 pacientes sienten interferencia de la lengua lo que corresponde al 19,12% de la muestra, 12 pacientes siente movimiento de la placa lo que corresponde al 17,65% de la muestra y 2 pacientes sienten incomodidad de otro tipo no relacionado con molestias durante la conversación lo que corresponde al 2,94% de la muestra.

**"La encía adherida y queratinizada en el edentulismo se pierde a la vez que se pierde hueso, la mucosa no adherida para soporte dental provoca un mayor número de puntos dolorosos, el espesor de los tejidos disminuye con la edad, y las enfermedades sistémicas causan más puntos mas dolorosos con las dentaduras, aumenta el tamaño de la lengua, lo que disminuye la estabilidad de la dentadura, la lengua tiene un papel más activo en la masticación, lo que disminuye la estabilidad de la dentadura y disminuye el control neuromuscular de la mandíbula en los más mayores". PÁG 36**

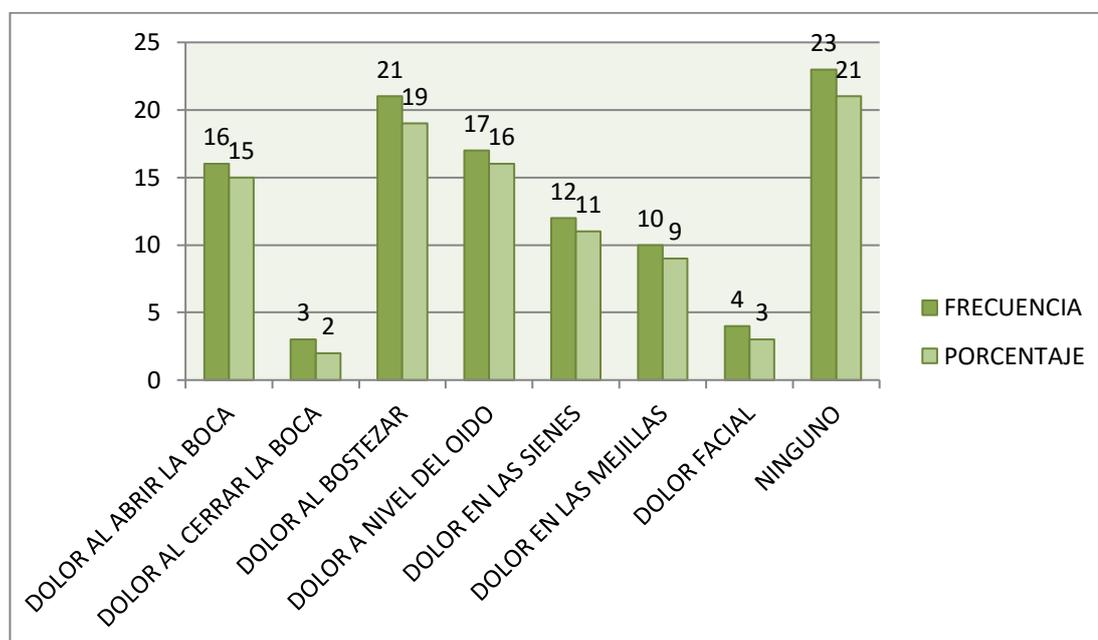
**Carl. E. Misch. (2009). Prótesis Dental Sobre Implantes. (PP.10). Elsevier.España.**

Frente a los resultados obtenidos se encontró que el mayor número de pacientes (27 pacientes), con un 39,71% manifestó no sentir ningún tipo de molestia.

### GRAFICUADRO N<sup>o</sup> 5

¿DURANTE EL DÍA AL ABRIR Y CERRAR LA BOCA PRESENTA UD.?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Dolor al abrir la boca	16	15%
Dolor al cerrar la boca	3	2%
Dolor al bostezar	21	19%
Dolor a nivel del oído	17	16%
Dolor en las sienes	12	11%
Dolor en las mejillas	10	9%
Dolor facial	4	3%
Ninguno	23	21%
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100%</b>



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las 62 encuestas realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo, nos indican que: 23 pacientes no presentaron ninguna anomalía lo que corresponde al 21,70% de la muestra, 21 pacientes presentaron molestia al bostezar lo que corresponde al 19,81% de la muestra, 17 pacientes manifestaron tener dolor a nivel del oído lo que corresponde al 16,04%, 16 pacientes sienten dolor al abrir la boca lo que corresponde al 15,09% de la muestra, 12 pacientes sienten dolor en las sienes lo que corresponde al 11,32% de la muestra, 10 pacientes presentan dolor en las mejillas lo que corresponde al 9,43% de la muestra, 4 pacientes presentan dolor facial lo que corresponde al 3,77% de la muestra y 3 pacientes presentan dolor al cerrar la boca lo que corresponde al 2,83% de la muestra.

**“Los cambios degenerativos en la ATM son una desagradable consecuencia del impacto que tiene a largo plazo una sobrecarga o un sobreesfuerzo constante de la articulación, pero aun así deben tenerse en cuenta al elaborar el protocolo de cualquier tratamiento.**

**Así mismo, la dolencia implica dolor local y dificultad para abrir la boca. En general, el paciente no puede abrir la mandíbula más de 25mm sin sentir dolor y aparece tanto cuando está relajada como cuando está en tensión”.** PÁG 54

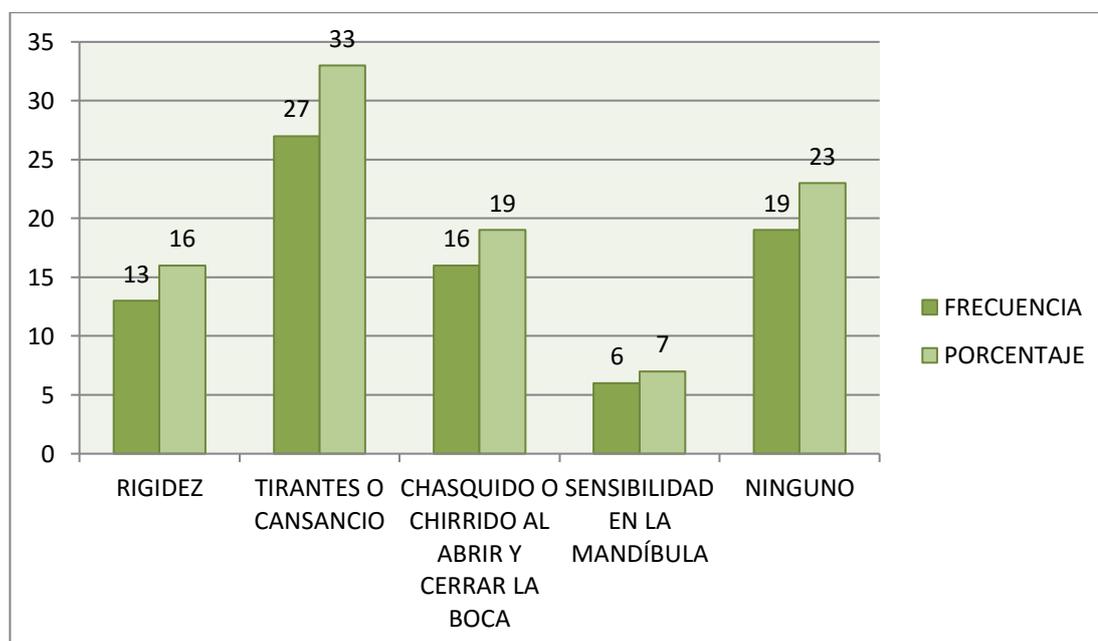
**Raymond. T. Broome. (2006). Quiropráctica de las Articulaciones Periféricas. (PP.97). Paidotribo. España.**

Frente a los resultados obtenidos se encontró que, la mayoría de pacientes (23) pacientes no presenta ningún tipo de molestia con una diferencia aproximada de (21) pacientes que si sienten dolor al bostezar.

GRAFICUADRO N<sup>a</sup> 6

¿HA NOTADO EN LAS ARTICULACIONES MANDIBULARES LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Rigidez	13	16%
Tirantes o cansancio	27	33%
Chasquido o chirrido al abrir y cerrar la boca	16	19%
Sensibilidad en la mandíbula	6	7%
Ninguno	19	23%
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las 62 encuestas realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo, se encontró que: 27 pacientes manifestó presentar tirantes o cansancio lo que corresponde al 33,33% de la muestra, 19 pacientes manifestó no tener ningún síntoma lo que corresponde al 23,46% de la muestra, 16 pacientes manifestaron sentir chasquido o chirrido lo que corresponde al 19,75% de la muestra, 13 pacientes presentan rigidez lo que corresponde al 16,05% de la muestra y 6 pacientes manifestaron tener sensibilidad en la mandíbula lo que corresponde al 7,41% de la muestra.

**Entre los síntomas principales de las lesiones de la ATM están estos:**

**"Dolor preauricular, ligeros ruidos articulares con o sin dolor, que van aumentando poco a poco y acaban convirtiéndose en chasquidos y provocando un bloqueodisfunción y limitación del movimiento de la mandíbula y/o movimientos anormales de la misma con poca fuerza de los músculos que se usan para masticar".** PÁG 53

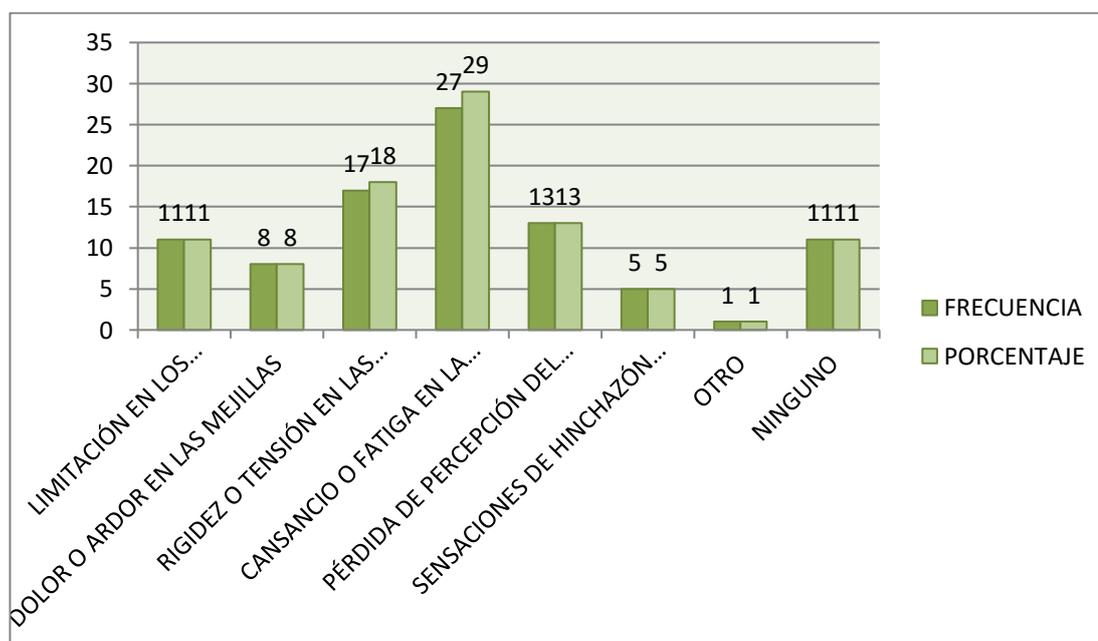
**Raymond. T. Broome. (2006). Quiropráctica de las Articulaciones Periféricas. (PP. 97). Peidotribo. España.**

Frente a los resultados obtenidos se encontró que la mayoría de los pacientes (27 pacientes) presentan tirantes o cansancio mandibular.

### GRAFICUADRO N<sup>o</sup> 7

¿HA TENIDO UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES INCONVENIENTES?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Limitación en los movimientos mandibulares	11	11%
Dolor o ardor en las mejillas	8	8%
Siente rigidez o tensión en las mejillas	17	18%
Siente cansancio o fatiga en la boca después de comer, hablar, bostezar	27	29%
Pérdida de percepción del gusto	13	13%
Ha tenido sensaciones de hinchazón en la cara	5	5%
Otro	1	1%
Ninguno	11	11%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las 62 encuestas realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Llor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo, se encontró que: 27 de estos presentaron cansancio o fatiga en la boca después de comer, hablar o bostezar lo que corresponde al 29,03% de la muestra, 17 pacientes sienten rigidez o tensión en las mejillas lo que corresponde al 18,28% de la muestra, 13 pacientes presentaron pérdida de percepción del gusto lo que corresponde al 13,98% de la muestra, 11 pacientes sienten limitación de los movimientos mandibulares lo que corresponde al 11,83% de la muestra, con un mismo porcentaje se presentan también pacientes con ningún tipo de síntoma, 8 pacientes presentaron dolor o ardor en las mejillas lo que corresponde a un 8,60% de la muestra, 5 pacientes sienten hinchazón en la cara lo que corresponde al 5,38% de la muestra y un paciente con síntomas diferentes a los antes descritos lo que corresponde a un 1,08% de la muestra.

**"Entre la población general se calcula que existe una alta prevalencia de signos y síntomas relacionados con trastornos temporomandibulares. Los síntomas más característicos consisten en ruidos articulares durante los movimientos mandibulares, dolor en los músculos de la masticación y/o articular y limitación de los movimientos mandibulares. Otros signos y síntomas asociados a los trastornos temporomandibulares son: cefalea, síntomas otológicos (acúfenos, hipoacusia, otalgia), dolor referido en áreas sinusales, cervicalgias, etc)".** PÁG 53

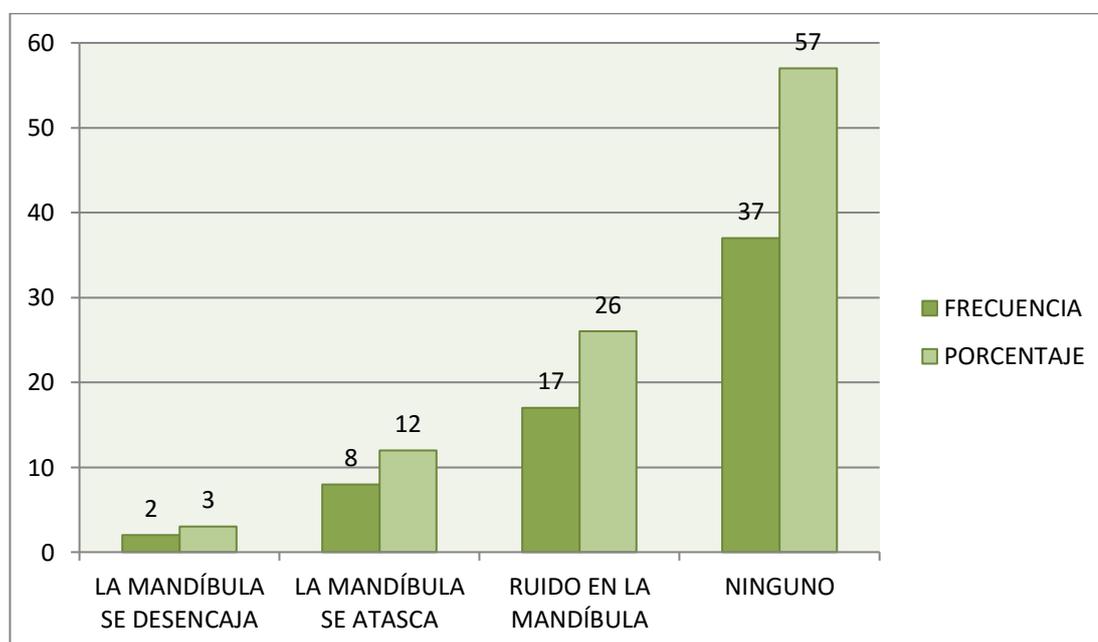
**Carlos Navarro. (2008). Cirugía Oral. (PP.376). Arán editores S.A. España.**

Frente a los resultados obtenidos se encontró que: la mayoría de los pacientes (27) pacientes presentaron fatiga o cansancio en la boca después de comer, hablar o bostezar.

## GRAFICUADRO N<sup>o</sup> 8

¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON SU MANDÍBULA?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
La mandíbula se desencaja	2	3%
La mandíbula se atasca	8	12%
Ruido en la mandíbula	17	26%
Ninguno	37	57%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las 62 encuestas realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Llor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo, se encontró que: 37 de los pacientes encuestados no presentaron ningún problema lo que corresponde al 57,81% de la muestra, 17 presentaron ruido en la mandíbula (ATM) lo que corresponde al 26,56% de la muestra, 8 de los pacientes sienten que su mandíbula se atasca lo que corresponde al 12,50% de la muestra y 2 sufren de desenganche de la mandíbula lo que corresponde al 3,13% de la muestra.

Abel Renovell y Francisco Barrios. Alteraciones de la Articulación Temporomandibular. Recuperado en: enero 14, 2012. Disponible en:

<http://www.efisioterapia.net/articulos/imprimir.php?id=251>

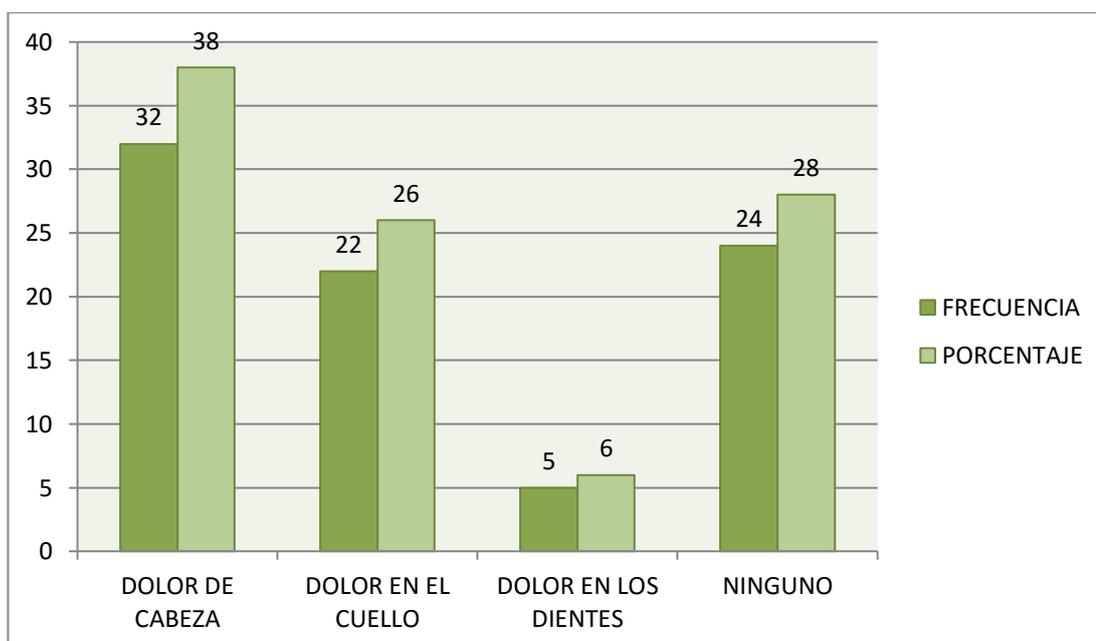
**“La articulación temporomandibular permite movimientos funcionales de la boca necesarios para la alimentación y el habla. Cuando se presenta una disfunción en esta articulación se limita la movilidad de la boca y por ende la funcionalidad de la persona afectada. Las alteraciones más comunes son el síndrome de la articulación temporomandibular, las fracturas, luxaciones/ subluxaciones, bruxismo y artritis, las cuales se caracterizan por producir dolor, inflamación, limitación de la movilidad articular y desequilibrio muscular”.** pág 52

Frente a los resultados obtenidos se encontró que: la mayoría de los pacientes (37 pacientes) no presentaron ningún problema, con una diferencia de 17 pacientes que si presentaron ruido en la mandíbula.

## GRAFICUADRO N° 9

¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Dolor de cabeza	32	38%
Dolor en el cuello	22	26%
Dolor en los dientes	5	6%
Ninguno	24	28%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las 62 encuestas realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Llor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo, se encontró que: 32 pacientes presentan dolor de cabeza lo que corresponde al 38,55% de la muestra, 24 pacientes no presenta ningún síntoma lo que corresponde al 28,92% de la muestra, 22 pacientes presentan dolor en el cuello lo que corresponde al 26,51% de la muestra y 5 pacientes manifestó sentir dolor en los dientes lo que corresponde al 6,02% de la muestra.

**"También se manifiestan mialgias en otros músculos inervados por el trigémino y puede presentarse dolor en el piso de la boca, el oído, el paladar e incluso en el cuello. Se puede inducir dolor miofascial y disfunción muscular que pueden prolongar después de tratar el factor etiológico".** pág 61

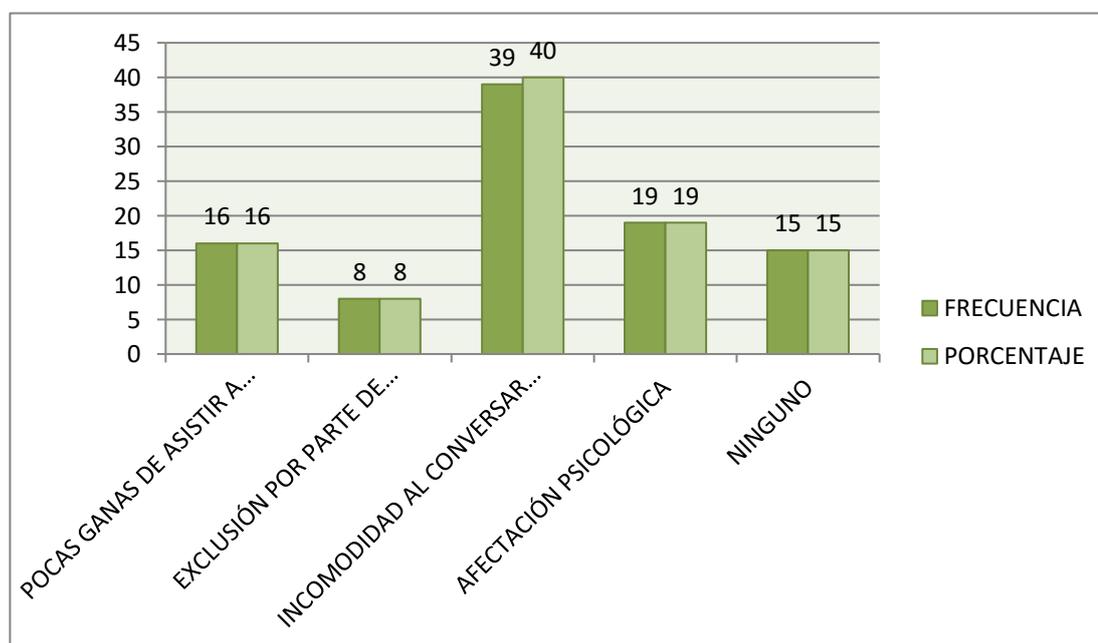
**Adriana Cadavid. (2006). Dolor y Cuidados Paliativos. (PP. 177). CIB Editorial S.A. Colombia.**

Frente a los resultados obtenidos se encontró que: la mayoría de los pacientes (32 pacientes) presentaron dolor de cabeza por repercusiones en los músculos masticatorios debido a alteraciones de la ATM.

GRAFICUADRO N<sup>a</sup> 10

¿CON LA PÉRDIDA DE SUS DIENTES HA TENIDO UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SENTIMIENTOS?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Pocas ganas de asistir a actividades sociales	16	16%
Exclusión por parte de otras personas	8	8%
Incomodidad al conversar con otras personas	39	40%
Afectación psicológica	19	19%
Ninguno	15	15%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las 62 encuestas realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Llor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo, se encontró que: 39 pacientes sienten incomodidad al conversar con otra persona lo que corresponde al 40,21% de la muestra, 19 pacientes manifestaron sentirse afectados psicológicamente por la pérdida de sus dientes lo que corresponde al 19,59% de la muestra, 16 pacientes manifestaron pocas ganas de asistir a actividades sociales lo que corresponde al 16,49% de la muestra, 15 pacientes manifestaron no tener o haber tenido ningún tipo de sentimientos y 8 pacientes sienten o sintieron exclusión por otras personas lo que corresponde al 8,25% de la muestra.

**"Los efectos psicológicos del edentulismo son complejos y variados, y oscilan desde el mínimo hasta un estado de trastorno neurótico. Aunque las prótesis completas pueden satisfacer las necesidades estéticas de muchos pacientes, algunos sienten que su vida social se ve influenciada de forma significativa. Se preocupan por las situaciones en las que hay besos y relaciones afectivas, en especial si un nuevo amigo desconoce su desventaja oral.**

**Rara vez dejan su ambiente casero, y cuando se sienten forzados a aventurarse fuera de él, es desconcertante el pensamiento de encontrar y hablar con personas cuando no se llevan los dientes".** PÁG 37

**Carl Misch. (2006). Prótesis Dental Sobre Implantes. (PP. 12). Elsevier Editorial S.A. España.**

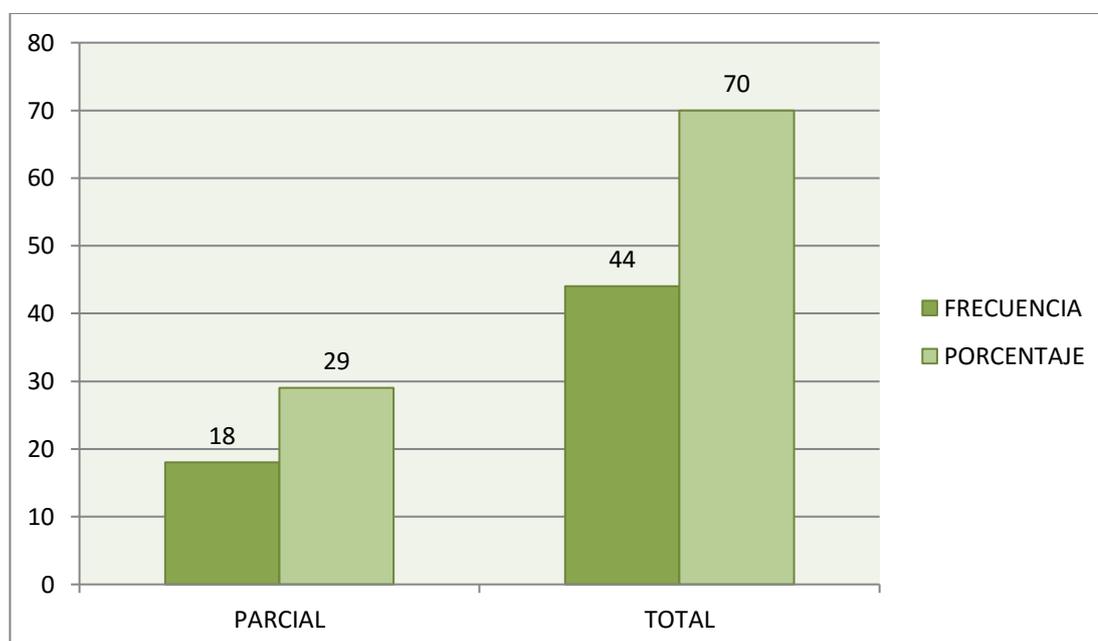
Frente a los resultados obtenidos se encontró que: la mayoría de los pacientes (39 pacientes) si sienten incomodidad al conversar con otra persona debido a la pérdida de sus dientes.

## GRAFICUADRO N° 11

### 7.1.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN

#### TIPO DE EDENTULISMO

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Parcial	18	29%
Total	44	70%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>



FUENTE: FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las fichas de observación realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo se pudo observar que: 44 pacientes presentaron edentulismo total lo que corresponde al 70,96% de la muestra y 18 pacientes presentaron edentulismo parcial lo que corresponde al 29,03% de la muestra.

**"El edentulismo total se produce en el 10,5% de la población adulta, o en casi 18 millones de personas. Se ha señalado que un 5% de los adultos de entre 40 y 44 años presentan edentulismo total, y esta cifra aumenta hasta el 26% a los 65 años, y a casi el 44% en los ancianos de más de 75 años de edad. Tal como se esperaba, las personas más mayores son más proclives a sufrir pérdida de todos sus dientes.**

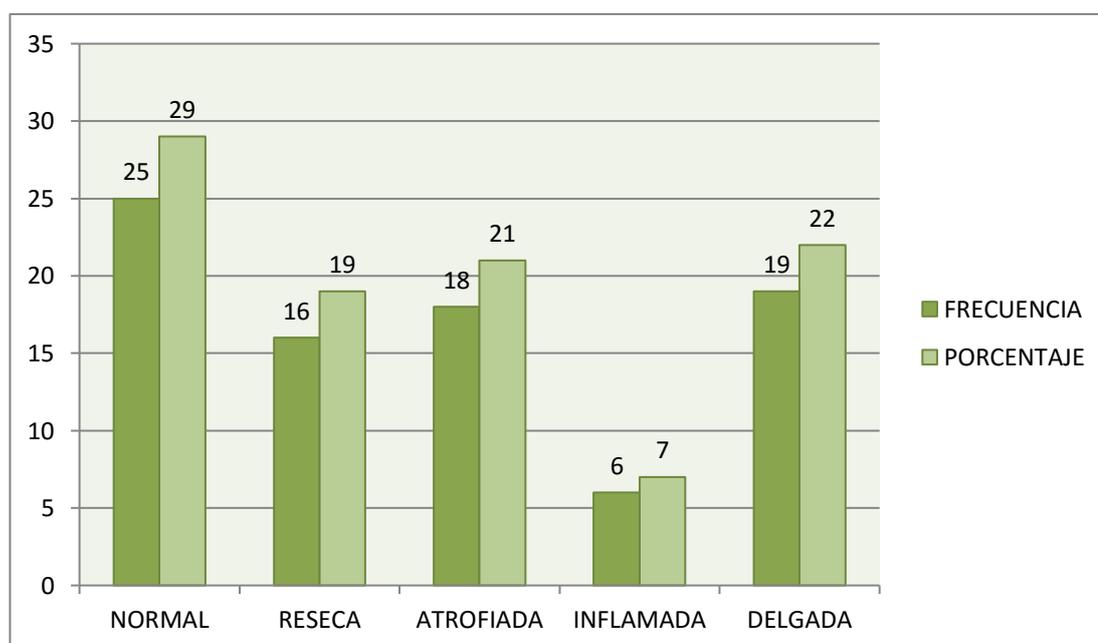
**El sexo no se asocia con la conservación o la pérdida de los dientes una vez que se realizan los ajustes relativos de la edad".** PÁG 13

**Carl Misch. (2006). Prótesis Dental sobre Implantes. (PP.4). Elsevier Editoriales S.A. España.**

Frente a los resultados obtenidos se encontró que: la mayoría de los pacientes (44 pacientes) presentan edentulismo total a diferencia de 18 pacientes que presentan edentulismo parcial.

GRAFICUADRO N<sup>a</sup> 12  
ESTADO DE LA MUCOSA

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Normal	25	29%
Reseca	16	19%
Atrofiada	18	21%
Inflamada	6	7%
Delgada	19	22%
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>



FUENTE: FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las fichas de observación realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo se pudo observar que: 25 pacientes presentan la mucosa normal lo que corresponde al 29,76% de la muestra, 19 pacientes presentaron la mucosa muy delgada lo que corresponde al 22,61% de la muestra, 18 pacientes presentaron mucosa atrofiada con algún tipo de lesión lo que corresponde al 21,42% de la muestra, 16 pacientes presentaron resequeidad de la mucosa lo que corresponde al 19,04% de la muestra y 6 pacientes presentaron inflamación en la mucosa lo que corresponde al 7,14% de la muestra.

**Dr. Rolando Sáes carrera. Cambios Orales en el Adulto Mayor. Recuperado en: diciembre 13, 2011. Disponible en:**

**[http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44\\_4\\_07/est11407.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est11407.htm)**

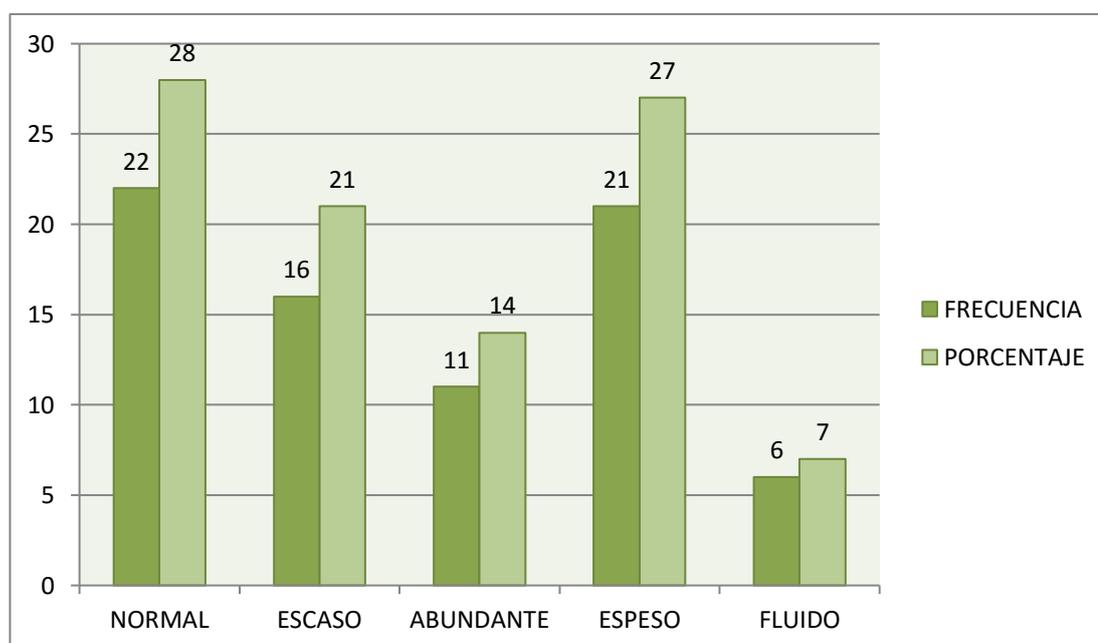
**“En la mucosa bucal existe atrofia de epitelio, disminución de la queratinización, disminución de la cantidad de células en tejido conectivo, aumento de sustancias intercelular y descenso del consumo de oxígeno; la falta de elasticidad con resequeidad y atrofia, tiende a la hiperqueratosis. Experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la dieta, el hábito de fumar, el alcoholismo y la prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca, tornándose permeable a sustancias nocivas y más propensas a daños mecánicos”. PÁG 43**

Frente a los resultados obtenidos se encontró que: 25 pacientes presentan el estado de su mucosa normal con una diferencia de 18 a 19 pacientes que si presentaron lesión en estos tejidos.

## GRAFICUADRO N<sup>a</sup> 13

### FLÚIDO SALIVAL

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Normal	22	28%
Escaso	16	21%
Abundante	11	14%
Espeso	21	27%
Fluido	6	7%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>



FUENTE: FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las fichas de observación realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Llor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo se pudo observar que: 22 pacientes presentan fluido salival normal lo que corresponde al 28,94% de la muestra, 21 pacientes presentan fluido salival espeso lo que corresponde al 27,63% de la muestra, 16 pacientes presentan fluido salival escaso lo que corresponde al 21,05% de la muestra, 11 pacientes presentan fluido salival abundante lo que corresponde al 14,47% de la muestra y 6 pacientes presentaron saliva muy fluida lo que corresponde al 7,89% de la muestra.

**"Se sabe que las glándulas salivales sufren cambios histológicos cuantitativos y cualitativos con el aumento de la edad. Con la edad avanzada, se produce una atrofia del tejido acinar y una proliferación de elementos ductales y algunos cambios degenerativos en las glándulas salivales mayores. Las glándulas salivales menores también sufren cambios similares degenerativos con el aumento de la edad.**

**A pesar de estos cambios, la producción de saliva no disminuye a causa de ellos, aunque se sabe que el componente acinar es responsable de la secreción de la saliva. Esta observación funcional contrasta por lo tanto con los cambios morfológicos vistos. Una explicación posible que se ha planteado, es que las glándulas salivales poseen una capacidad de reserva funcional, posibilitando el mantener un fluido constante de producción a través del tiempo de vida del adulto".** PÁG 45

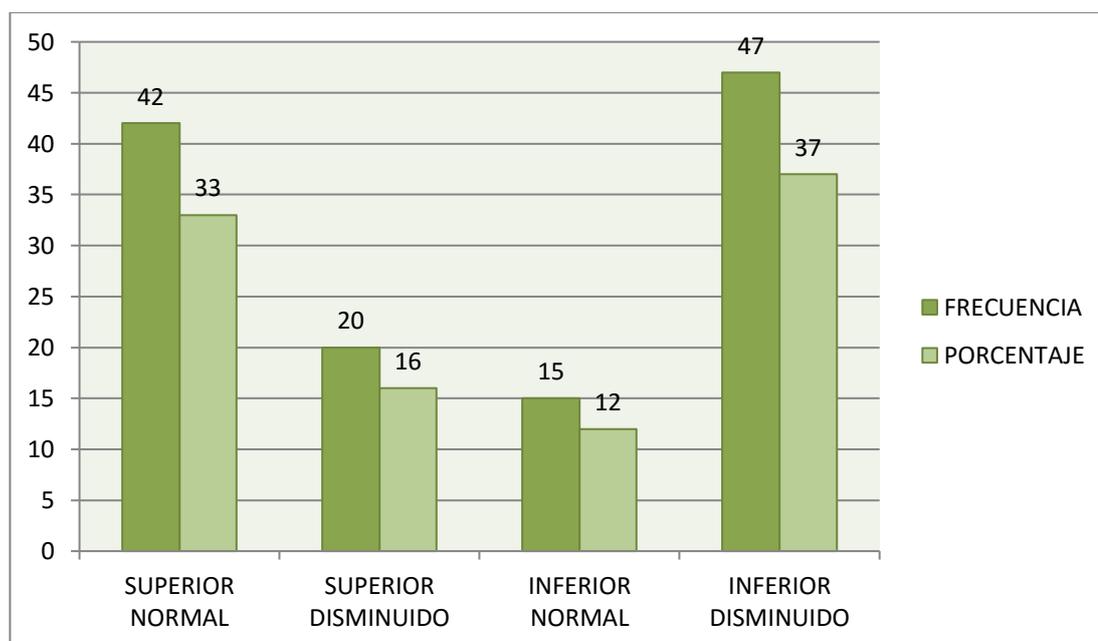
**Fernando Morales. (2007). Temas Prácticos en Geriatría Gerontología. (PP. 84). Universidad Estatal a Distancia. Costa Rica**

Frente a los resultados obtenidos se encontró que: la mayoría de los pacientes (22 pacientes) presentan fluido salival normal.

## GRAFICUADRO N° 14

### ESTADO DEL REBORDE ALVEOLAR

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Superior normal	42	33%
Superior disminuido	20	16%
Inferior normal	15	12%
Inferior disminuido	47	37%
<b>Total</b>	124	100%



FUENTE: FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las fichas de observación realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo se pudo observar que: 47 pacientes presentan reborde alveolar inferior disminuido lo que corresponde al 37,90% de la muestra, 42 pacientes presentan reborde superior normal lo que corresponde al 33,87% de la muestra, 20 pacientes presentaron reborde alveolar superior disminuido lo que corresponde al 16,12% de la muestra y 15 pacientes presentaron reborde alveolar inferior normal lo que corresponde al 12,09% de la muestra.

**"Tras un largo período de falta de dientes se produce un enlentecimiento de la degeneración ósea, que inicialmente es muy rápida. La reabsorción se produce con una intensidad 2-4 veces mayor en el maxilar inferior que en el superior y es más marcada en los dientes frontales que en los laterales. En algunos casos parece producirse una hipertrofia de la cresta alveolar en la región de la tuberosidad del maxilar superior.**

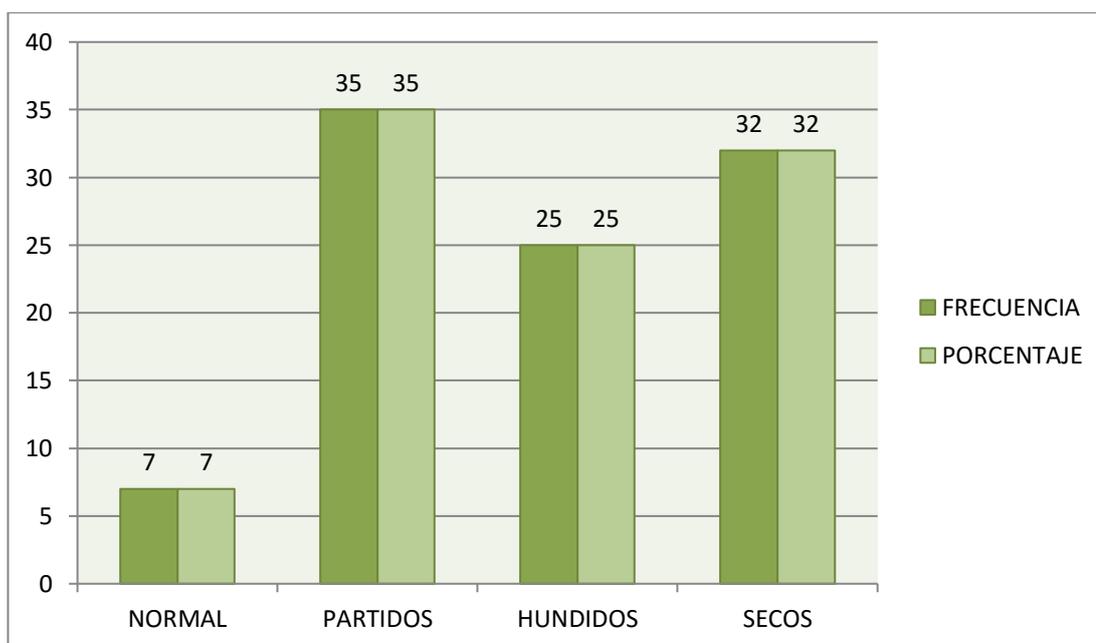
**En la región anterior del maxilar superior la reabsorción empieza a nivel vestibular y posteriormente predomina a nivel palatino, lo que se traduce en una atrofia de los huesos alveolares y una reducción de la anchura y longitud general del hueso. la cresta alveolar del maxilar inferior se reabsorbe principalmente desde la región vestibular en la zona de los dientes frontales y desde la lingual en los laterales".** PÁG 49

**Bernd Koeck. (2007). Prótesis Completas. (PP. 341). Elsevier Editorial. S.A. España.**

Frente a los resultados obtenidos se encontró que: la mayoría de los pacientes (47) pacientes presentan reborde alveolar inferior disminuído.

GRAFICUADRO N<sup>a</sup> 15  
ESTADO DE LOS LABIOS

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Normal	7	7%
Partidos	35	35%
Hundidos	25	25%
Secos	32	32%
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>



FUENTE: FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las fichas de observación realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Llor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo se pudo observar que: 35 pacientes presentan los labios partidos lo que corresponde al 35,35% de la muestra, 32 pacientes presentan los labios secos lo que corresponde al 32,32% de la muestra, 25 pacientes presentan los labios hundidos lo que corresponde al 25,25% de la muestra y 7 pacientes presentaron los labios normal lo que corresponde al 7,07% de la muestra.

**"Con la pérdida de la elasticidad muscular y de las piezas dentales, el orbicular de los labios queda sin sustentación y se retrae, para hundirse en la cavidad bucal, llevando tras sí la piel de los labios, que se arruga hacia adentro, dando la apariencia de que la punta de la barba sobresale ( pseudo prognatismo)". PÁG 41**

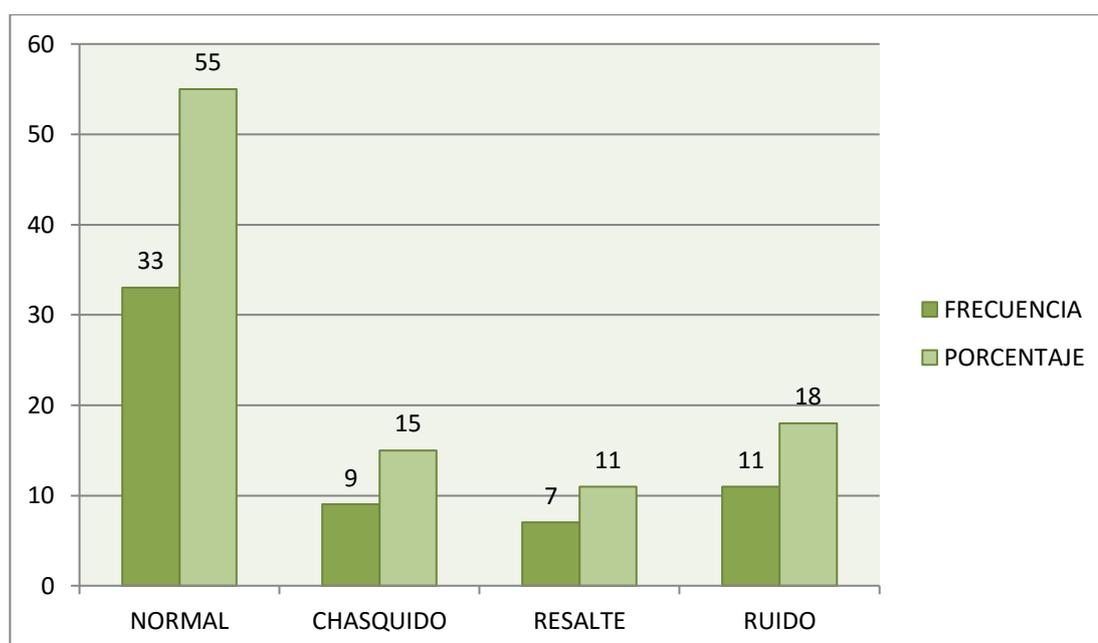
**Morales Fernando. (2007). Temas Prácticos en Geriatria Gerontología. (PP. 83). Universidad Estatal a Distancia. Costa Rica.**

Frente a los resultados obtenidos se encontró que: 35 pacientes presentan labios partidos debido a la resequedad.

## GRAFICUADRO N° 16

### ESTADO DE LA ATM

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Normal	33	55%
Chasquido	9	15%
Resalte	7	11%
Ruido	11	18%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>



FUENTE: FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las fichas de observación realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Llor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo se pudo observar que: 33 pacientes presentan ATM normal lo que corresponde al 55,00% de la muestra, 11 pacientes presentan ruido en la ATM lo que corresponde al 18,33% de la muestra, 9 pacientes presentan chasquido lo que corresponde al 15,00% de la muestra y 7 pacientes presentaron resalte lo que corresponde al 11,66% de la muestra.

**"Cuando no hay sincronización entre el movimiento del cóndilo y el del menisco, en determinado momento del movimiento mandibular puede ocurrir un pequeño ruido o chasquido que significa que el hueso maxilar y el menisco no han actuado de manera armónica y uno produce el desplazamiento súbito del otro". PÁG 52**

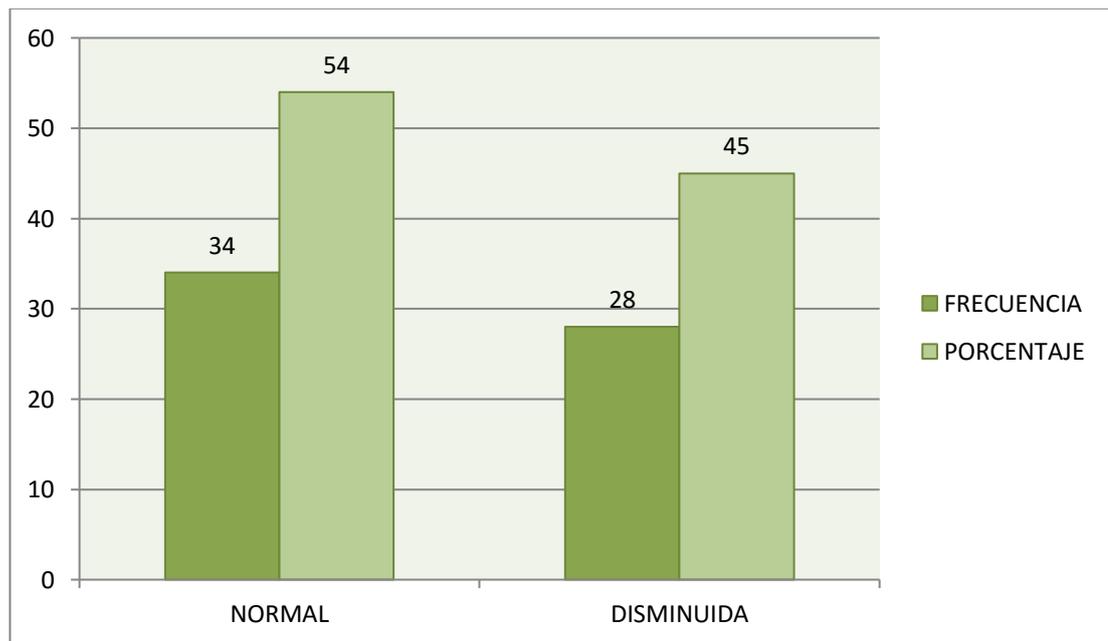
Julio Barrancos. (2006). Operatoria Dental. (PP.250). Médica Panamericana Editoriales S.A. Panamá.

Frente a los resultados obtenidos se encontró que: 33 pacientes presentan ATM normal y 11 pacientes si presentaron ruido en la ATM.

## GRAFICUADRO N<sup>a</sup> 17

### ALTURA FACIAL

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Normal	34	54%
Disminuida	28	45%
<b>Total</b>	62	100%



FUENTE: FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las fichas de observación realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Llor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo se pudo observar que: 34 pacientes presentan altura facial normal lo que corresponde al 54,83% de la muestra y 28 pacientes presentan altura facial disminuida lo que corresponde al 45,16% de la muestra.

**"Los cambios faciales que se producen con el proceso del envejecimiento pueden verse acelerados y potenciados por la pérdida de dientes. Consecuencia de la pérdida de hueso alveolar se pueden dar una serie de consecuencias estéticas. Una disminución en la altura facial por un colapso de la dimensión vertical causa varios cambios faciales".** PÁG 36

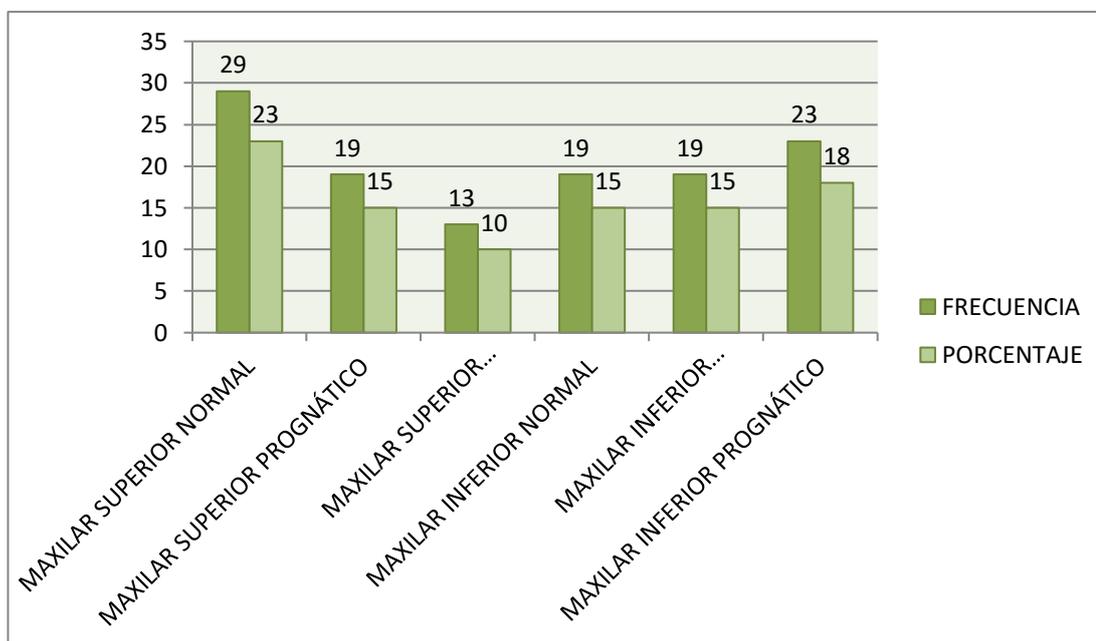
**Carl Misch. (2006). Prótesis Dental Sobre Implantes. (PP.10). Elsevier Editoriales S.A. España.**

Frente a los resultados obtenidos se encontró que: 34 pacientes presentaron altura facial normal a diferencia de 28 pacientes que si presentaron reducción de la altura facial.

## GRAFICUADRO N° 18

### MAXILARES

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Maxilar superior normal	29	23%
Maxilar superior prognático	19	15%
Maxilar superior retrognático	13	10%
Maxilar inferior normal	19	15%
Maxilar inferior retrognático	19	15%
Maxilar inferior prognático	23	18%
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>



FUENTE: FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

ELABORADO POR: MABEL NATHALY BORJA PACHECO

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en las fichas de observación realizadas a los pacientes del Centro Gerontológico "Guillermina Loor de Moreno" de la ciudad de Portoviejo se pudo observar que: 29 pacientes presentan el maxilar superior normal lo que corresponde al 23,77% de la muestra, 23 pacientes con maxilar inferior retrognático lo que corresponde al 18,85% de la muestra, 19 pacientes maxilar superior prognático al igual que 19 pacientes con maxilar inferior normal y 19 pacientes con maxilar inferior prognático los cuales corresponden al 15,57% de la muestra. Finalmente 13 pacientes con maxilar superior retrognático lo que corresponde al 10,65% de la muestra.

**Dr. Xavier Vidal Ramón. Edentulismo ¿Qué pasa cuando perdemos dientes? Recuperado en: enero 2, 2012. Disponible en:**

<http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/edentulismo-perdida-dental.shtml>

**"Los cambios derivados de la omisión en la restauración de las piezas ausentes los describió Kelly en 1972 y se han englobado en el síndrome combinado que lleva su nombre.**

**Este Síndrome combinado de Kelly se manifiesta en aquellos casos donde la ausencia de piezas dentales naturales afecta al maxilar superior. Ello conduce a una reabsorción acelerada en el maxilar superior y, como consecuencia de ello, la mandíbula experimenta una rotación en sentido antihorario buscando reposicionarse respecto al maxilar superior. Esta reposición se ve cada vez más dificultada por la reabsorción ósea. Las consecuencias finales son la protusión del mentón mandibular, la disminución del tercio inferior de la cara, el hundimiento del labio superior y el aumento de la anchura de la boca. La imagen típica sería la de la popular marioneta de Doña Rogelia".** PÁG 12

Frente a los resultados obtenidos se encontró que: 19 pacientes presentaron protusión del mentón mandibular con reabsorción del maxilar superior.

## 7.2 Conclusiones:

Luego de realizada la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- ✓ Se comprobó que las patologías bucales más frecuentes que provocaron pérdida dental en los pacientes del Centro Gerontológico Guillermina Llor de Moreno fueron la caries con un 42% y la enfermedad periodontal con un 18%, seguido por factores extrínsecos como los traumatismos con un 12%, lo que nos indica que el estado de salud oral de los pacientes ha sido deficiente, provocando la pérdida casi total de las piezas dentarias.
- ✓ Se encontró que un porcentaje considerable de pacientes con un 27% manifestó sentir dolor en las mejillas, cansancio después de comer, hablar o bostezar, lo que comprueba que se encuentran alterados los músculos masticatorios provocando consigo trastornos en las actividades funcionales de la boca como la masticación y deglución, afectando en cierta medida la digestión de los pacientes alterando consigo una correcta nutrición.
- ✓ Se logró constatar que la mayoría de los pacientes con un 47% presentaron pérdida del reborde alveolar inferior y un 20% presentaron pérdida de reborde alveolar superior, lo cual ha provocado cambios en la morfología de su rostro debido a esta reducción de hueso en los maxilares nos dio como resultado que si existe pérdida de altura facial en estos pacientes.
- ✓ Se comprobó que entre las alteraciones más frecuentes de la ATM se encuentran con un 11% los ruidos articulares, con un 9% chasquidos y con un 7% los resaltes, lo cual indica que existen discrepancias en el complejo cóndilo-disco, limitando con esto los movimientos mandibulares al abrir y cerrar la boca.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- ✓ DURANTE, P. Terapia Ocupacional en Geriatría. España. Editorial Elsevier, 2010.P.46.
- ✓ MISCH, Carl. Prótesis Dental Sobre Implantes. España. Editorial Elsevier. 2006. P. 4,6,10,12 Sección 1.
- ✓ RASSPALL, Guillermo. Cirugía oral e Implantología. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 2006.P. 143,144. 2ª Edición.
- ✓ MORALES, Fernando. Temas Prácticos en Geriatría Gerontología.Costa Rica. Universidad Estatal A Distancia; 2007. P. 81. 3er Tomo.
- ✓ RENDÓN, Roberto. Prótesis Parcial Removible. España. Editorial Médica Panamericana; 2006.P.6
- ✓ BOADA, Ana María. La Evolución de Jerarquía Social en un Cacicazgo Muisca de los Andes Septentrionales de Colombia. Colombia. Editorial Acid-free; 2007. P. 116.
- ✓ CASTILLA Y LEÓN. Higienistas Dentales. Editorial MAD-Eudoforma. 2006. P. 19.
- ✓ RODRÍGUEZ, Luis Fernando. Cuidados Auxiliares. Auxiliar Geriátrico. Atención en la Hospitalización. Editorial MAD, S, L. 2006. P. 83-85.
- ✓ MORALES, Fernando. Temas Prácticos en Geriatría Gerontología.Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia; 2007. P.83,84, 94,96. 3er Tomo
- ✓ THIBODEAU, Gary. Estructura y Función del Cuerpo Humano. España. editorial Elsevier Mosby; 2006. P. 395. 13ª Edición
- ✓ DE ROSSI, Cuniberti. Lesiones Cervicales no Cariosas: la Lesión Dental del Futuro. Argentina. Editorial Médica Panamericana. 2009. P.6.
- ✓ B. Alan. Prótesis Parcial Removible. España. Editorial Elsevier. 2006. P. 3-5. 11ª Edición
- ✓ CORTESI, Viviana. Manual Práctico para el Auxiliar de Odontología. España. Editorial Elsevier Masson. 2008. P. 329. 1ª edición
- ✓ PALMA, Ascensión. Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. España. editorial Elsevier. 2007. P. 12. 1ª Edición.

- ✓ MISCH, Carl. Implantología Contemporánea. España. editorial Elsevier.2009. P. 10,13. Tercera Edición
  
- ✓ GÓMEZ, María Elsa. Histología Embriología e Ingeniería Tisular.México D.F. Editorial Médica Panamericana. 2009. P.138. 3ª Edición
  
- ✓ VELAYOS, José Luis. Anatomía de la Cabeza para Odontólogos. España. Editorial Médica Panamericana. 2007. P. 95,98 4ª Edición.
  
- ✓ DUQUE, Luís Guillermo. Semiología Médica Integral. España. Universidad de Antioquía. 2006. P.172. Segunda parte.
  
- ✓ CORNEJO, Jesús. Biología 2. México. Editorial Umbral. 2006. P.21. 1ª Edición.
  
- ✓ JAMES, K. Principios de Histología y embriología Bucal con Orientación Clínica. España. editorial Elsevier. 2007. P. 178. 3ª Edición.
  
- ✓ BALCELLS, Alfonso. La Clínica y el Laboratorio. España. Editorial Elsevier. 2006. P.247. 20ª Edición.
  
- ✓ GAL, Beatriz. Bases de la Fisiología. Editorial Tebar; 2007. P.272. 2ª Edición.
  
- ✓ WELSCH, Ulrich. Histología. España. editorial Médica Panamericana. 2009. P.284. 2ª Edición.
  
- ✓ VEIGA, María Purificación. Educación de la Voz: anatomía, patologías y tratamiento. Editorial Ideas Propias. 2006. P.3. 1ª edición.
  
- ✓ EUGENE, Frank. Atlas de Posiciones Radiográficas y Procedimientos Radiológicos. España. Editorial Elsevier. 2010. P. 292. 11ª Edición.
  
- ✓ KOECK, Bernd. Prótesis Completas. España. Editorial Elsevier. 2007. P.341. 4ª edición
  
- ✓ GARY, A. estructura y Función del Cuerpo Humano. España. editorial Elsevier. 2008. P.400. 13ª Edición.

- ✓ BARRANCOS Julio. Operatoria Dental. Panamá. Editorial Médica Panamericana. 2006. P. 250. 4ª edición.
- ✓ NAVARRO Carlos. Cirugía oral. España. Editorial Arán; 2008.P. 376
- ✓ T. BROOME Raymond. Quiropráctica de las Articulaciones Periféricas. España. Editorial Paidotribo.2006.P.97. 1ª edición.
- ✓ OKESON, Jeffrey. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. España. Editorial Elsevier.2008. P.39. 6ta edición.
- ✓ CADAVID Adriana. Dolor y cuidados Paliativos. Colombia. Editorial CIB. 2006. P. 177. 1ª Edición.
- ✓ GIL, Hernández. Tratado de Nutrición. España. Editorial Médica Panamericana, 2010. P.179. 2ª Edición.
- ✓ HERNÁNDEZ, Helen. Manual de Personalidad e Imagen. México; Editorial Pax.2007.P.45
- ✓ <http://www.buenastareas.com/ensayos/Edentulismo/461979.html>
- ✓ <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/edentulismo-perdida-dental.shtml>
- ✓ <http://odontoblog.com.mx/2009/04/30reglas-de-applegate-para-la-aplicación-de-clasificación-de-kennedy/>
- ✓ [www.radiodent.cl/cirugia\\_oral/cirugia\\_preprotetica.pdf](http://www.radiodent.cl/cirugia_oral/cirugia_preprotetica.pdf)
- ✓ <http://saludestudiantil.uc.cl/content/view/17/61/>
- ✓ [http://www.ucv.ve/fileadmin/user\\_upload/facultad\\_odontologia/imagenes/Portal/Dentaduras\\_Totales/ALTERACIONES\\_EN\\_EL\\_DESARROLLO\\_dental.pdf](http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/imagenes/Portal/Dentaduras_Totales/ALTERACIONES_EN_EL_DESARROLLO_dental.pdf)
- ✓ <http://www.odontología-online.com/index.php>
- ✓ <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v20n4/original12.pdf>
- ✓ [http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/actitud\\_paciente\\_tratamiento.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/actitud_paciente_tratamiento.asp)

- ✓ <http://www.colgate.com.mx/app/Colgate/MX/OC/Information/OralHealthatanyage/Adults/WomensHealth//WomensOralHealthandoverallHealth.cvsp>
- ✓ [www.mednet.cl/link.cgi/medwave/congresos/4124](http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/congresos/4124)
- ✓ [http://www.radiodent.cl/cirurgia\\_oral/cirurgia.preprotetica\\_tejidos\\_blandos.pdf](http://www.radiodent.cl/cirurgia_oral/cirurgia.preprotetica_tejidos_blandos.pdf)
- ✓ [www.taringa.net/posts/ciencia.../Boca-Cavidad-Bucal.html](http://www.taringa.net/posts/ciencia.../Boca-Cavidad-Bucal.html)
- ✓ <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/apuntesotorrino/anatomiabucal.html>
- ✓ [www.colgateprofesional.com.ar](http://www.colgateprofesional.com.ar)
- ✓ <http://implantedentalesmadrid.org/que-sucede-cuando-se-pierde-algun-diente.html>
- ✓ <http://www.eufic.org/article/es/expid/basics-salud-dental/>
- ✓ <http://members.fortunecity.com/cryptoset/dental/boca2.html>
- ✓ <http://es.scribd.com/doc/43886708/Alteraciones-Sistemicas-que-repercuten-en-la-cavidad-oral>
- ✓ <http://es.scribd.com/doc/20299162/las-glandulas-salivares>
- ✓ [www.escuela.med.puc.d/publ/manualcabeza\\_cuello/TumoresGlándulas.html](http://www.escuela.med.puc.d/publ/manualcabeza_cuello/TumoresGlándulas.html)
- ✓ <http://es.scribd.com/doc/70921669/Glandula-salival>
- ✓ [www.redclinica.cl/controls/adulto\\_mayor\\_y\\_pat\\_otorrino.pdf](http://www.redclinica.cl/controls/adulto_mayor_y_pat_otorrino.pdf)
- ✓ <http://www.anatomiahumana.ucv.cl/efi/modulo23.html>
- ✓ <http://clubensayos.com/Español/Hueso-Maxilar-Inferior/74406.html>
- ✓ <http://www.ecuadontologos.com/revistaaorybg/vol2num1/defectoa.html>
- ✓ <http://www.efisioterapia.net/articulos/imprimir.php?id=251>
- ✓ <http://grupofivasa.blogspot.com/2009/02/articulacion-temporomandibular-atm-es.html>
- ✓ <http://www.clinicadentalcoldent.es.tl/PROTESIS-REMOVIBLE.htm>

- ✓ [www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/cirugia-oral-maxilofacial/perdida-piezas-dentales](http://www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/cirugia-oral-maxilofacial/perdida-piezas-dentales)
- ✓ [www.limone.com.mx/boca\\_y\\_digestion.html](http://www.limone.com.mx/boca_y_digestion.html)
- ✓ <http://elcopalite.wordpress.com/2011/10/30/musculos-de-la-masticacion/>
- ✓ <http://www.vxv.com/video/xCkel6VZBUyO/musculo-masetero-morder-con-fuerza.html>
- ✓ [www.fullsearch.com.ar/ptorigoideo-interno.htm](http://www.fullsearch.com.ar/ptorigoideo-interno.htm)
- ✓ [www.iqb.es/cbasicas/anatomia/musculos/musculos1.htm](http://www.iqb.es/cbasicas/anatomia/musculos/musculos1.htm)
- ✓ [www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/uchima\\_kk/pdf/uchima\\_uchima\\_kk.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/uchima_kk/pdf/uchima_uchima_kk.pdf)
- ✓ [www.otorrinoweb.com/cuello/1996.html](http://www.otorrinoweb.com/cuello/1996.html)
- ✓ [http://msd.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/seccion\\_08/seccion\\_08\\_096.html](http://msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_08/seccion_08_096.html)
- ✓ <http://www.clinicadentalgazel.com/articulos/tesis-de-licenciatur-s-en-odontologia-general/>
- ✓ <http://www.odontologiamorfofuncional.org/pages/ea.htm>
- ✓ <http://es.scribd.com/doc/37307829/Fisiologia-de-la-faringe>
- ✓ <http://www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/cirugia-oral-maxilofacial/perdida-piezas-dentales>
- ✓ [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/3/necesidades\\_protésicas.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/3/necesidades_protésicas.asp)
- ✓ [www.revistavisiondental.net/articulo\\_fijaciondepilaresprotésicos.htm](http://www.revistavisiondental.net/articulo_fijaciondepilaresprotésicos.htm)
- ✓ <http://escuela.med.puc.cl/manualgeriatria/saludoral.pdf>
- ✓ [www.geodental.net/artic-4846-esp-7.html](http://www.geodental.net/artic-4846-esp-7.html)
- ✓ [www.revistavisiondental.net/articulo\\_fijaciondepilaresprotésicos.htm](http://www.revistavisiondental.net/articulo_fijaciondepilaresprotésicos.htm)
- ✓ <http://www.webinterdental.com/articulos.html>
- ✓ [www.drlalinde.com/odontologia/periodoncia.htm](http://www.drlalinde.com/odontologia/periodoncia.htm)
- ✓ [http://www.odontocat.com/protesis/previo\\_1.htm](http://www.odontocat.com/protesis/previo_1.htm)

- ✓ [www.clinicaruhrer.com/proteis\\_removible.82.html](http://www.clinicaruhrer.com/proteis_removible.82.html)
- ✓ [www.ortodoncia-estetica.com.ar/ortodoncia-removible.asp](http://www.ortodoncia-estetica.com.ar/ortodoncia-removible.asp)
- ✓ <http://www.tusaludbucal.com.ar/contenido/prótesis-convencionales>
- ✓ [http://www.clinicasseptimadental.es/puente\\_sobre\\_implante.php](http://www.clinicasseptimadental.es/puente_sobre_implante.php)
- ✓ <http://www.dentis.es/o3-replacement-dents-implants.html>
- ✓ <http://www.vamosdental.com/es/faqs.htm>
- ✓ <http://www.implantologiaestetica.com/tratamientos/implantes-dentales>
- ✓ [www.masblogs.net/odontologia/cirugia-preprotesica](http://www.masblogs.net/odontologia/cirugia-preprotesica)
- ✓ [http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/sobredentaduras\\_parciales\\_removibles.as](http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/sobredentaduras_parciales_removibles.as)
- ✓ [www.clinicadentaldoblas.es/tratamie.php](http://www.clinicadentaldoblas.es/tratamie.php)
- ✓ [www.dental-argentina.com.ar/espanol/implantes\\_dentales.htm](http://www.dental-argentina.com.ar/espanol/implantes_dentales.htm)





## **PROPUESTA ALTERNATIVA**

### **1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

**Tema:**

Fortalecimiento de medidas preventivas en salud oral a través de la ejecución de un taller dirigido a los pacientes del Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno.

**Entidad Ejecutora:**

Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno

**Clasificación del Proyecto:**

De orden educativo

**Localización:**

El trabajo se realizará en el Centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” ubicado en el cantón Portoviejo, en la avenida Guayaquil y calle 12 de Marzo en la provincia de Manabí.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Debido al problema encontrado en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno se pudo comprobar que los pacientes internos en este hogar de ancianos han perdido sus piezas dentarias por descuido y desconocimiento de los beneficios que brinda una adecuada higiene bucal, causando en ellos diversos trastornos esquelético-musculares en la cavidad oral; lo cual se quiere mejorar brindando un material educativo a los pacientes, buscando la mejor forma de llegar a ellos, así mismo se busca aumentar los conocimientos de los enfermeros y auxiliares que actualmente se encuentran trabajando en el cuidado de los pacientes internos.

## **3. MARCO INSTITUCIONAL**

El Centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” ubicado en el cantón Portoviejo, en la avenida Guayaquil y calle 12 de Marzo en la provincia de Manabí consta en la actualidad con sesenta y dos adorables ancianos bajo su cuidado; de los cuales veinte pagan pensionado, quince semipensionado y el resto no realizan ningún tipo de pago por permanecer en este lugar en donde se les brinda protección, amor y los cuidados que ellos necesitan gracias al cuidado del personal que hace parte de tan importante obra social.

Desde su labor en el Comité de Damas de la Cruz Roja, a la Sra. Guillermina Loor de Moreno, le correspondió iniciar los trabajos para la construcción del Hogar de Ancianos, obra que fuera su mayor aspiración y a la que dedicara sus más caros anhelos, dejando comprado el terreno y algunos materiales para la construcción. Sus compañeras siguieron sus huellas, como Doña Policarpo

Sabando de Vélez mujer de igual temple y corazón humanitario que junto con otras distinguidas damas y prestantes caballeros emprendieron la ardua y satisfactoria tarea de llevar adelante la mencionada obra, lográndose la iniciación de las columnas principales del edificio y finalmente a base de contribuciones de corazones generosos, se logra la terminación después de 11 años de su muerte y en octubre 18 de 1975 se inaugura el Asilo de Ancianos "Guillermina Loor de Moreno" que lleva su nombre en reconocimiento a su labor y sus virtudes.

Desde esa fecha se abre un nuevo hito de esperanza para la ancianidad y es así como se registran los primeros nombres de la personas de Don José Coronel Guillem de la ciudad de Cuenca, Don Nicolás Hidalgo Mendoza, Don Pedro Antonio Roldán Fuentes y señora Amelia Vélez Ponce Y Rosita Palacios, siendo el primer administrador del hogar Don Ariosto Andrade Díaz.

Posteriormente el hogar va adquiriendo nueva imagen con la valiosa colaboración de personas humanitarias y entidades de servicios que hacen posible el acondicionamiento interno para una mejor atención a los ancianos en una institución pública de cuidados diarios, para los adultos mayores, cuyos usuarios encuentran un espacio adecuado donde se promueve su autonomía e interacción en su mismo grupo etario en condiciones de bienestar.

Brinda asistencia de servicio social a las personas más necesitadas, su objetivo es brindar atención integral a las personas que asisten al centro entendiéndose como: ropa limpia, alimentación, medicina y distracción a los internos del Centro Gerontológico.

La atención es permanente y tiene convenios económicos con el municipio de Portoviejo; realiza gestiones con la fundación Cristo Rey, Hospital Verdi Cevallos Balda, Patronatos Municipales y Provinciales para cubrir las demandas.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **Objetivo General**

- ✓ Mejorar la salud bucodental de los pacientes atendidos en el "Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno.

##### **Objetivos Específicos**

- ✓ Concienciar a los pacientes, enfermeros y auxiliares del Centro Gerontológico sobre la importancia de una adecuada higiene bucal para evitar la pérdida futura de piezas dentales y sus posteriores alteraciones.
- ✓ Mejorar los conocimientos de prevención en salud oral de los pacientes internos y del auxiliar que brinda sus servicios en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno.
- ✓ Instruir a todo el personal de trabajo del Centro Gerontológico y a los pacientes sobre un correcto cuidado de sus dientes y boca en general por medio de charlas y material didáctico (gigantografías).
- ✓ Disminuir la incidencia de enfermedades buco-dentales que provocan pérdida dental en los pacientes que reciben atención en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno.

## **5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

La propuesta está destinada a atender a los pacientes del Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, para que estos tengan conocimiento de como realizar un buen cuidado dental mediante técnicas correctas de higiene bucal, enseñando también estas técnicas a los auxiliares y enfermeros para que estos las lleven a cabo en aquellos pacientes que requieren de ayuda de los mismos, ofreciéndoles de manera gratuita charlas, donde se explicará cuales son las principales enfermedades que provocan pérdida dental y cómo prevenirlas.

En las charlas de capacitación, se tratará sobre el edentulismo y cuales son sus causas más comunes, la incidencia de este problema en la sociedad, como prevenirlo, estructuras que se ven alteradas debido a este trastorno, tratamiento, todos estos temas de la manera más ilustrativa y didáctica para llegar a todo el personal y a los adultos mayores internos.

Para promover o difundir la propuesta a más de la capacitación, se elaborarán gigantografías que serán ubicadas en lugares estratégicos para que puedan ser fácilmente visibles.

## **6. BENEFICIARIOS**

**BENEFICIARIOS DIRECTOS:** Son los pacientes del Centro Gerontológico Guillermina Loor de moreno.

**BENEFICIARIOS INDIRECTOS:** Son los futuros pacientes que podrían ingresar al Centro Gerontológico, enfermeros y auxiliares que asisten a los pacientes actuales.

## **7. DISEÑO METODOLÓGICO**

Para la ejecución de la propuesta se la dividió en tres tiempos:

1. Socialización: para ello se presentaron los resultados de la investigación a los directivos del Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, para conseguir su colaboración en la continuidad del proyecto.
2. Realización de Charlas y entrega de gigantografías: se realizaron las charlas educativas en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno y se entregaron gigantografías.
3. Elaboración de material educativo que sirvió de apoyo en el proyecto, las gigantografías y las charlas de capacitación: ambos creados por la autora de la tesis.



## 9. PRESUPUESTO

El proyecto tuvo un costo de \$ 65,00 dólares.

Fuente de financiamiento

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	AUTOGESTIÓN	APORTE EXTERNO
Fotocopias	200	Unidad	0,02	4,00	4,00	-
Viáticos	10	Galones	2,10	21,00	21,00	-
Diseñador Gráfico	1	Diseño	40,00	40,00	40,00	-
Total					65,00	-

## **10. SOSTENIBILIDAD**

Este proyecto es sostenible ya que la capacitación por medio de charlas fue dirigida a los pacientes, enfermeros y auxiliares del Centro Gerontológico "Guillermina Llor de Moreno", donde estuvieron presentes también las autoridades del hogar de ancianos; los mismos que serán los replicadores de la información a los adultos mayores internos que se encuentran en la actualidad en el hogar de ancianos y a futuros internos que ingresen, fomentando por medio de esto la importancia de una buena salud bucal, también se colocaron dos gigantografías en lugares fácilmente visibles para los mismos donde se detallan los pasos para realizar una correcta higiene dental. De esta forma se logrará también llegar con esta información a personas que visiten el Centro Gerontológico; además se contó con la aceptación del Director del Centro Gerontológico, Licenciado Danny Bazurto.

## **11. FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

Fue financiada en su totalidad por la autora de la misma.

**ANEXOS**

# **ANEXO 1**

## ÁRBOL DEL PROBLEMA



## PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTION	AP. EXTERNO
FOTOCOPIAS	400	Unidad	0.03	12.00	Si	
PAPEL	5	Resma	18.00	90.00	Si	
INTERNET	1	Mbps	33.00	33.00	Si	
GUANTES	2	Caja	7.50	15.00	Si	
EQUIPO DE DIAGNÓSTICO	20	Unidades	4.00	80.00	Si	
MASCARILLAS	1	Caja	5.00	5.00	Si	
ESPEJOS BUCALES	30	Caja	2.50	75.00		
TINTA PARA LA IMPRESIÓN NEGRA	3	Unidad	14.00	42.00	Si	
TINTA PARA LA IMPRESIÓN A COLOR	3	Unidad	45.00	135.00	Si	
PENDRIVE	1	Unidad	18.00	18.00	Si	
MATERIAL DE OFICINA	8	Dólar	2.00	16.00	Si	
LAPTOP	1	Unidad	945.99	945.99	Si	
CAMARA FOTOGRAFICA	1	Unidad	359.00	359.00	Si	
VIATICOS				90.00	Si	
SUBTOTAL				1915.00	Si	
IMPREVISTOS 10%		Dólar		191.00	Si	
TOTAL				2091.99	Si	

# **ANEXO 2**



**Universidad San Gregorio de Portoviejo**

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD**

**Carrera de Odontología**

**Formulario de Encuesta dirigida a las autoridades, auxiliares y enfermeros del Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno.**

**Sobre: "Edentulismo y su incidencia en el conjunto de estructuras esquelético-musculares de la cavidad oral".**

**Contenido:**

**1.- ¿Tiene Ud. conocimiento sobre las medidas de higiene que se realizan los pacientes en beneficio de su salud bucal?**

-----  
-----  
-----  
-----

**2.- ¿Cree que el tipo de limpieza bucal que se realizan los pacientes sean las adecuadas, si o no y porqué?**

-----  
-----  
-----  
-----

**3.- ¿Colabora Ud. de alguna manera en que los pacientes lleven a cabo su higiene dental diariamente? ¿De que forma?**

-----  
-----  
-----  
-----

**4.- ¿Ha recibido la visita este Centro Gerontológico de personal capacitado en salud bucal?**

-----  
-----  
-----  
-----

**5.- ¿Cree que sea necesaria la visita e intervención de personas capacitadas a este Centro Gerontológico para informar y así prevenir las distintas alteraciones que se pueden presentar debido a una inadecuada higiene dental de los pacientes si o no y porqué?**

-----  
-----  
-----  
-----

**6.- ¿Tienen algún tipo de dieta especial los pacientes de este Centro Gerontológico?**

-----  
-----  
-----  
-----

**7.- ¿Expresan los pacientes algún tipo de incomodidad como lastimarse la boca, sangrado, dolor o alguna otra molestia al momento de masticar los alimentos?**

-----  
-----  
-----  
-----



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**FORMULARIO DE ENCUESTA DIRIGIDO A LOS PACIENTES DEL "CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO" DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO CON EL OBJETIVO DE DETERMINAR LA INCIDENCIA DEL EDENTULISMO EN EL CONJUNTO DE ESTRUCTURAS ESQUELÉTICO-MUSCULARES DE LA CAVIDAD ORAL "**

Mabel Nathaly Borja Pacheco Egresada de la carrera de odontología, necesito recolectar datos para realizar mi investigación, requisito indispensable para la obtención del título de Odontólogo.

**Instrucciones:**

Esta encuesta es confidencial, sírvase a responder marcando con una X a uno de los literales de cada una de las preguntas, al responder hágalo con sinceridad y veracidad, su aporte será beneficioso para el trabajo que nos proponemos realizar.

**CONTENIDO:**

**1) ¿EL MOTIVO DE LA PÉRDIDA DE SUS PIEZAS DENTARIAS FUE POR?**

- a) Caries
- b) Enfermedad en los huesos
- c) Por mal posición dentaria
- d) Porque quería placa
- e) Enfermedad en las encías
- f) Por dolor
- g) Por golpes

**1. ¿CUANDO MASTICA SIENTE UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES INCONVENIENTES?**

- a) Dolor
- b) Sangrado
- c) Se lastima la encía
- d) Se hincha la encía
- e) Ninguno

**2. ¿EN QUÉ ETAPA DE SU VIDA EMPEZÓ A PERDER SUS DIENTES?**

- a) Niño
- b) Joven
- c) Adulto
- d) VejeZ

**3. ¿AL CONVERSAR CON OTRA PERSONA SE LE HA PRESENTADO ALGUNA MOLESTIA CÓMO?**

- a) Movimiento de la placa durante la conversación
- b) Siente que su lengua interfiere en la pronunciación de las palabras
- c) No puede hablar bien por falta de placa
- d) Ninguna de las anteriores
- e) Otros

**4. ¿DURANTE EL DÍA AL ABRIR Y CERRAR LA BOCA PRESENTA UD.?**

- a) Dolor al abrir la boca
- b) Dolor al cerrar la boca
- c) Dolor al bostezar
- d) Dolor a nivel del oído
- e) Dolor en las sienas
- f) Dolor en las mejillas
- g) Dolor facial
- h) Ninguno

**5. ¿HA NOTADO EN LAS ARTICULACIONES MANDIBULARES LOS SIGUIENTES SINTOMAS?**

- a) Rigidez
- b) Tirantes o cansancio
- c) Chasquido o chirrido al abrir y cerrar la boca
- d) Sensibilidad en la mandíbula
- e) Ninguno

**6. ¿HA TENIDO UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES INCONVENIENTES?**

- a) Limitación en los movimientos mandibulares
- b) Dolor o Ardor en las mejillas
- c) Siente rigidez o tensión en las mejillas
- d) Siente cansancio o fatiga en la boca después de comer, hablar, bostezar.
- e) Pérdida de percepción del gusto
- f) Ha tenido sensaciones de hinchazón en la cara
- g) Otro
- h) Ninguno

**7. ¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON SU MANDÍBULA?**

- a) La mandíbula se desencaja
- b) La mandíbula se atasca
- c) Ruido en la mandíbula
- d) Ninguno

**8. ¿TIENE UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?**

- a) Dolor de cabeza
- b) Dolor en el cuello
- c) Dolor en los dientes
- d) Ninguno

**10 ¿CON LA PÉRDIDA DE SUS DIENTES HA TENIDO UD. SENTIMIENTOS COMO:**

- a) Pocas ganas de asistir a actividades sociales
- b) Exclusión por parte de otras personas
- c) Incomodidad al establecer conversación con otras personas
- d) Afectación psicológica que no lo deje vivir tranquilo
- e) Ninguno





# **ANEXO 3**

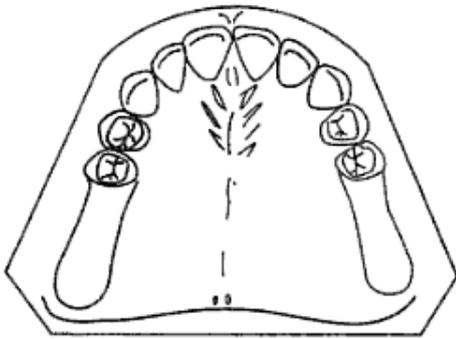


Figura 1.1

Clase I. Áreas edéntulas bilaterales, ubicadas posteriormente a los dientes remanentes (extensión distal bilateral) (Figura 1.1).

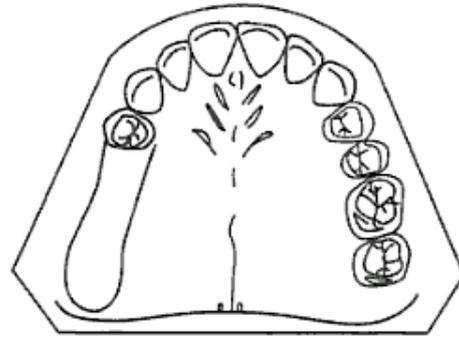


Figura 1.2

Clase II. Área edéntula unilateral ubicada posteriormente a los dientes remanentes (extensión distal unilateral) (Figura 1.2).

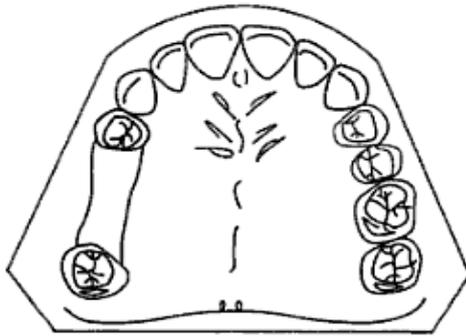


Figura 1.3

Clase III. Área edéntula unilateral limitada por dientes remanentes anteriores y posteriores (Figura 1.3).

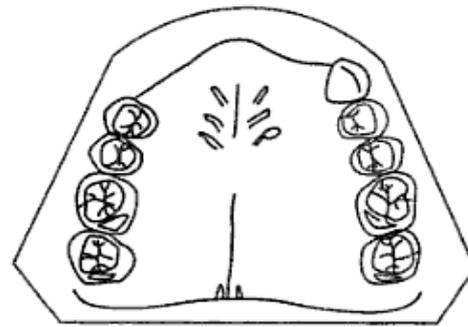


Figura 1.4

Clase IV. Área edéntula única bilateral, localizada delante de los dientes remanentes y que cruza la línea media (Figura 1.4).



Fig. 3-VI. Se observa la relativa disminución del tamaño transversal del proceso maxilar superior y el aumento del tamaño transversal mandibular a medida que avanza la resorción.

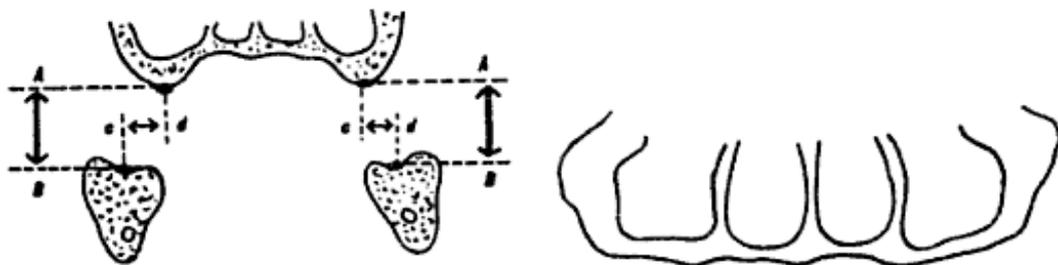


Fig. 4-VI. Etapa tardía postextracción: al aumentar la resorción vertical (A-B) también aumentan las diferencias transversales (c-d) de la relación entre el maxilar superior y la mandíbula.

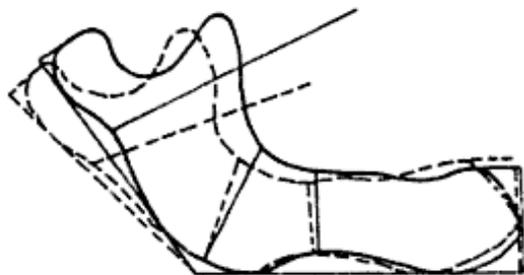


Fig. 5-VI. Resorción mandibular en una comparación de radiografías de perfil. Línea punteada indica poca resorción. Línea continua indica resorción avanzada.

# **ANEXO 4**



CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO



PALPACIÓN DE LA ATM



OBSERVACIÓN BUCAL



OBSERVACIÓN DEL ESTADO DE LOS REBORDES ALVEOLARES

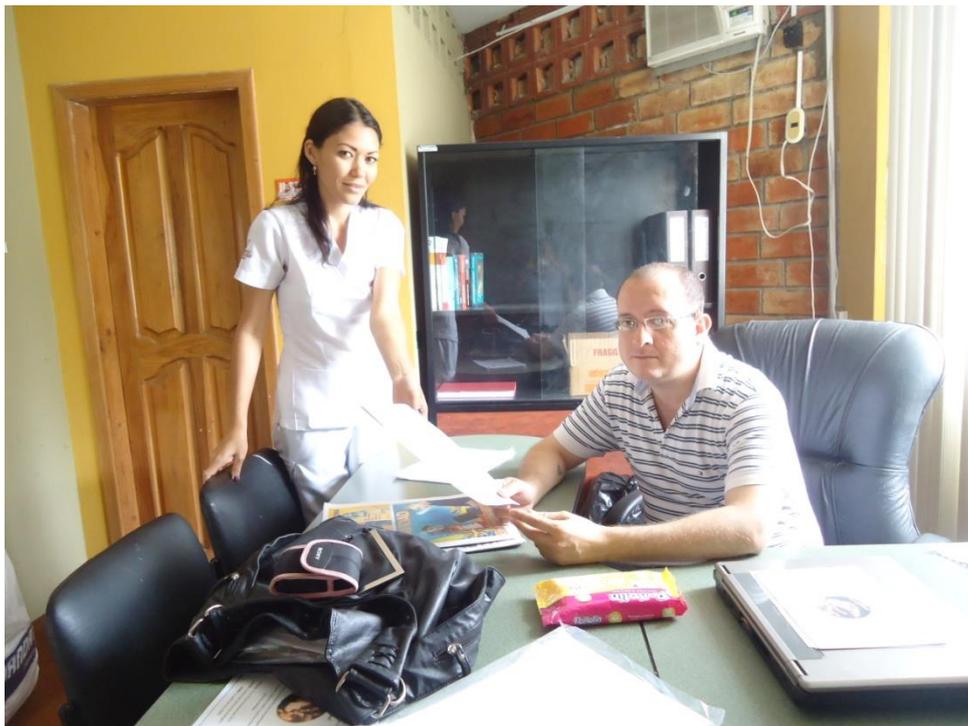
## ENCUESTAS Y FICHAS DE OBSERVACIÓN



## CHARLAS DIRIGIDAS A LOS PACIENTES



## CHARLAS AL PERSONAL AUXILIAR



SOCIABILIZACIÓN DE LOS RESULTADOS CON EL DIRECTOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO, LICD. DANNY BAZURTO

## ENTREGA DE GIGANTOGRAFÍA AL PERSONAL AUXILIAR



# ENTREGA DE GIGANTOGRAFÍA A LA COORDINADORA DEL CENTRO GERONTOLÓGICO



Portoviejo, 14 de Septiembre del 2011

**Lcdo.**

**Danny Bazurto**

**Director del Centro Gerontológico " Guillermina Loor de Moreno "**

Ciudad.

De mi consideración:

Yo, Mabel Nathaly Borja Pacheco con cédula de identidad 1311640823, estudiante del noveno semestre, solicito su autorización para realizar mi investigación de tesis en el centro que usted acertadamente dirige, el mismo que es necesario para la obtención de mi título de odontóloga en la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

El tema a desarrollar es referente al Edentulismo en los adultos mayores, el mismo que se sustentará en las investigaciones a realizar en la institución antes mencionada.

Agradeciendo por la atención dada a la presente, quedo de usted.

Atentamente.

**Mabel Nathaly Borja Pacheco**

Estudiante.

## **ACTA DE COMPROMISO**

El día lunes 6 de febrero del 2012 en las instalaciones del Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno de la ciudad de Portoviejo, con la presencia del Director del mismo Lcdo. Danny Bazurto y la autora de la presente tesis Mabel Borja Pacheco Egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, con la responsabilidad de que se continúe con la ejecución de las charlas sobre “ Métodos de prevención para evitar la pérdida dental” dirigido a los pacientes del Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno, procedemos a suscribir la presente acta en los siguientes términos:

1. El compromiso de continuar con la presente propuesta realizando las charlas “ Métodos de prevención para evitar la pérdida dental” dirigido a los pacientes del Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno.
2. Coordinar la ejecución de charlas que se darán posteriormente de acuerdo a las necesidades presentadas por los directivos con ayuda de los auxiliares del Centro Gerontológico.

Para la ejecución de las charlas, los directivos y auxiliares podrán usar el material de apoyo (gigantografías) entregadas por la egresada de la carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Por la presente el suscrito se compromete a cumplir lo establecido.

Luego de leído la presente acta siendo las 11:00 del mismo día se suscribe tres originales en señal de conformidad asumiendo los compromisos que en ella obtenga.

---

**Lcdo. Danny Bazurto**

**Director Centro Gerontológico**