

177  
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

IATROGENIAS AL PACIENTE CON TRATAMIENTO  
DE PROTESIS FIJA

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A  
AIDA LOZANO RESENDIZ

ASESORA: DRA. GIJADALUPE GARCIA BELTRAN

*[Handwritten signature]*

*V. B. Garcia B.  
7/11/93*

MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**IATROGENIAS AL PACIENTE CON TRATAMIENTO  
DE PROTESIS FIJA**

**SEMINARIO DE TITULACION  
PROTESIS FIJA**

# INDICE

INTRODUCCION	I
<b>CAPITULO I</b>	
<b>POSIBLES IATROGENIAS DURANTE EL     DESARROLLO DE LA HISTORIA CLINICA     Y DIAGNOSTICO</b>	<b>1</b>
1.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS	3
2.- OBTENCION DE MODELOS DE ESTUDIO	7
3.- ESTUDIO RADIOGRAFICO	9
<b>CAPITULO II</b>	
<b>IATROGENIAS DURANTE EL DESARROLLO     DEL TRATAMIENTO</b>	<b>11</b>
<b>A) IATROGENIAS DURANTE LA ANESTESIA LOCAL</b>	<b>12</b>
1.- TECNICA INADECUADA	12
2.- SOBREDOSIFICACION	15
<b>B) IATROGENIAS DURANTE LA PREPARACION PROTESICA</b>	<b>16</b>
1.- DIENTES VITALES	16
2.- DIENTES NO VITALES	18
<b>C) RETRACCION GINGIVAL</b>	<b>19</b>
1.- INFLAMACION	20
2.- PERDIDA DE TONO	21
3.- TECNICAS DE RETRACCION GINGIVAL	24
<b>D) TOMA DE IMPRESIONES</b>	<b>27</b>

E) COLOCACION INADECUADA DEL PROVISIONAL	30
1.- SELLADO MARGINAL	30
2.- SOBRE EXTENSION	32
3.- PUNTOS PREMATUROS	33
4.- CEMENTACION TEMPORAL	33
CAPITULO III      ERRORES DEL PROCEDIMIENTO DE LABORATORIO	35
1.- SOBRE EXTENSION DE LOS MARGENES EN PRUEBA DE METALES	36
2.- COLADOS CORTOS	37
3.- MARGENES DESADAPTADOS	38
4.- DESPRENDIMIENTO DE UN ANCLAJE	38
5.- TRAMO INADECUADO	38
CAPITULO IV      CEMENTACION FINAL INADECUADA	39
CAPITULO V      LA PROTESIS Y EL PACIENTE	42
1.- INSTRUCCIONES AL PACIENTE	43
2.- COMPLICACIONES DEBIDAS A UNA HIGIENE ORAL DEFICIENTE	46
3.- ELEMENTOS PARA MANTENER UNA HIGIENE BUCAL COMPLETA	47
CONCLUSIONES	48
BIBLIOGRAFIA	50

## INTRODUCCION

El interés que me motivo a realizar en breve este trabajo, es que en la práctica cotidiana han dejado de tomar importancia ciertos factores que influyen en la elaboración y preparación de cualquier tipo de tratamiento restaurativo. La íntegra valoración clínica y radiológica de cada órgano dentario, alguna enfermedad presente del paciente, contribuyen al éxito o a provocar alguna iatrogenia en la rehabilitación, que influirá en el paciente ya sea en forma satisfactoria o desagradable y traumática.

Los tratamientos protésicos tienen como finalidad restablecer la salud, la estética y función de la cavidad bucal, sin dejar de considerar el estado de los tejidos parodontales que son interdependientes, por eso es indispensable, en la construcción prótesis, la función que se brinda junto con la conservación de los tejidos y otras entidades, puesto que en ausencia de estos factores suscitaremos enfermedades parodontales provocando la pérdida prematura de los dientes y el fracaso de la rehabilitación.

Tomando las debidas precauciones y con conocimiento podremos brindarle al paciente estos servicios, los cuales apreciará y cumplirá con la parte del tratamiento que a él le corresponde.

## CAPITULO I

### POSIBLES IATROGENIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA HISTORIA CLINICA Y DIAGNOSTICO

Podemos considerar a las iatrogenias, como resultado del daño ocasionado por el Cirujano Dentista debido a un error de omisión de datos o a la aplicación inadecuada de una técnica o accidente mecánico alterando así la fisiología original del paciente.

La historia clínica es una serie de datos obtenidos mediante preguntas elaboradas por medio de las cuales el Cirujano Dentista se ayuda para obtener información relacionada con el estado anatómico-funcional del paciente y con ello obtener un diagnóstico, un pronóstico y un plan de tratamiento.

El conocimiento de una técnica de evaluación efectiva es de suma importancia por que los accidentes menores, ciertas enfermedades graves y aún la muerte pueden relacionarse directamente con las iatrogenias realizadas en el tratamiento odontológico; tales complicaciones podrian evitarse, en gran parte, examinando al paciente antes de iniciar cualquier intervención en el campo odontológico.

El examen correcto es una obligación legal y también una responsabilidad moral.



## 1.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Es importante hacer hincapié en las enfermedades que padece el paciente, conocer los riesgos de las mismas y evitarlos.

Se debe realizar un correcto interrogatorio de aparatos y sistemas, para realizar esto hay que ir presentando al paciente los síntomas principales y preguntarle si los ha experimentado o experimenta, esto tiene como objeto ayudarnos a identificar el proceso responsable del problema del paciente o evitar posibles daños durante el tratamiento.

También deben incluirse pruebas de laboratorio que se han llevado a cabo en el curso de la enfermedad presente.

A continuación presentamos una lista del interrogatorio por aparatos y sistemas y los daños que podemos causar:

### - RESPIRATORIO

DOLOR (tipo).....

EXPECTORACION.....

DISNEA.....

CIANOSIS.....

ANOXIA.....

FIEBRE.....

TOS.....

Es importante saber si el paciente se encuentra afectado en su sistema respiratorio ya que podemos tener un paciente asmático y durante el tratamiento puede sobrevenirle una crisis y si no damos el tratamiento adecuado este puede asfixiarse. es necesario pedirle al paciente que cada cita odontológica lleve con sigo su broncodilatador y tenerlo nosotros a la mano.

Pacientes con fiebre reumática tienen generalmente daño a las válvulas cardiacas, es necesario administrar antibióticos antes de cualquier intervención ya que podemos causar una bacteremia.

#### -CARDIOVASCULAR

DISNEA.....	DOLOR PRECORDIAL.....
PALPITACIONES.....	CIANOSIS.....
EDEMA.....	VERTIGO.....
ACUFENOS.....	EPIXTASIS.....

Estos pacientes regularmente se encuentran en tratamiento a base de anticoagulantes, y si el paciente es sometido a una intervención odontológica puede haber sangrado excesivo. Esto se puede evitar suspendiendo el medicamento por unos días bajo vigilancia médica.

**-HEMATOLOGICO**

PALIDEZ.....	EQUIMOSIS.....
SANGRADO PROLONGADO.....	ANEMIA.....
ADINAMIA.....	PETEQUIAS.....

Si un paciente padece hemofilia, que se caracteriza por un tiempo prolongado de coagulación, puede ser provocada por el más mínimo trauma, corte o abrasión causando gran sangrado. Se debe administrar transfusiones, fibrinogeno y concentrados del factor VIII en cantidades suficientes para evitar mayores daños.(5)

**- ENDOCRINO**

POLIURIA.....	POLIFAGIA.....
POLIDIPSIA.....	TEMBLOR MUSCULAR.....
TIROIDES.....	PERDIDA DE PESO.....
DOLOR OSEO.....	ALTERACIONES EL CARACTER..

Cuando un paciente padece de la tiroides presenta problemas para metabolizar los anestésicos rápidamente así es que debemos esperar un poco de tiempo y aplicar un anestésico sin vasoconstrictor.

**-APARATO DIGESTIVO**

NAUSEAS.....

VOMITO.....

ICTERICIA.....

DIARREA.....

ESTREÑIMIENTO.....

DOLOR ABDOMINAL.....

ULCERA GASTRICA.....

Si tenemos que recetar algún medicamento es importante saber si no padece ninguna de estas afecciones para no irritar al aparato digestivo, al igual que el genito-urinario ya que representa este último vía de eliminación del organismo.

**- APARATO GENITO-URINARIO**

DOLOR O ARDOR A LA MICCIÓN.....

CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA.....

TURBIA.....

CANTIDAD.....

OLOR.....

DOLOR DE VEJIGA.....

CALCULOS.....

INSUFICIENCIA RENAL.....

**- SISTEMA NERVIOSO**

CEFALEAS.....

STRESS.....

SENSIBILIDAD.....

CONVULSIONES.....

PERDIDA DE MEMORIA.....

PARESTESIA.....

COORDINACION DE MOVIMIENTOS.....

También es importante preguntar al paciente si es alérgico a algún medicamento en especial, para no administrarlo causando así daños, como puede ser desde una reacción cutánea pasando por el shock anafiláctico y si no se atiende correctamente desencadena en la muerte.(5)

El diagnóstico de una condición dentaria en cualquier área de la odontología clínica cualquiera que sea la especialidad requiere la formulación de cierta información dentro de estos tenemos:

**2.- OBTENCION DE MODELOS DE ESTUDIO:**

Los modelos de estudio son muy importantes para poder observar las necesidades del paciente.

Se deben obtener fieles reproducciones de las arcadas dentarias mediante impresiones con un Hidrocoloide irreversible (alginato) exenta de distorsiones.

Los modelos deben reunir las siguientes características para evitar problemas a distancia:

-No deben tener poros originados por el atrapamiento del aire, esto se puede evitar vibrando la taza de hule con el yeso para que se eliminen todas las burbujas de aire.

-Se deben vaciar en yeso lo más pronto posible para evitar distrociones del material de impresión. ya que puede dar una sobre contracción alterandose y por lo tanto una restauración inadecuada.

-Los modelos deben ser montados en un articulador para conseguir una imitación razonablemente exacta de los movimientos mandibulares y así evitar problemas oclusales de la prótesis provisional o definitiva. (2)

Una de las iatrogenias más comunes y fáciles de evitar son:

- Cuando tomamos la impresión lesionamos los tejidos blandos con la cucharilla, cuando esta tiene los márgenes irregulares o el tamaño de la misma no es el adecuado a la boca del paciente, estos daños son molestos y pueden ir desde una pequeña lesión y con descuido infecciones al paciente. Esto se puede solucionar fácilmente evitando usar cucharillas grandes o demasiado pequeñas, quitando rebabas de los bordes o cubriéndolas con cera rosa para evitar que toquen los tejidos blandos.

Otro daño que podemos causar es cuando al paciente se la coloca el alginato en un estado líquido y este se desliza hacia la garganta, gelificando ahí y provocando asfixia y aún la muerte del paciente. Esto puede evitarse manipulando el material adecuadamente según las instrucciones del fabricante, con una buena proporción polvo-líquido, poniendo al paciente en posición vertical, para evitar que el material se vaya hacia la faringe y darle indicaciones al paciente de que respire por la nariz.

Nunca hay que tomar dos impresiones al mismo tiempo ya que aumenta el riesgo de provocar náuseas o impedir el paso correcto del aire. Estos detalles que parecen sutiles nos ayudan enormemente a evitar problemas y daños al paciente.

### **3.- ESTUDIO RADIOGRAFICO.**

El estudio radiográfico es otra de las fases del proceso de diagnóstico que proporciona al dentista la información que le ayudara a correlacionar las observaciones obtenidas del interrogatorio al paciente, en el examen de su boca y la evaluación de los modelos de estudio.

Es un método auxiliar importante para el estudio de estructuras óseas que mantendrán el aparato protésico, teniendo relación con la duración y comodidad futura de éste, así como contribuye a la búsqueda de posibles infecciones no visibles y otras lesiones patológicas inaccesibles al tacto, por ejemplo:

raíces y dientes retenidos, densidad ósea, forma y tamaño de las raíces etc.

El estudio radiográfico prácticamente tendrá valor cuando la interpretación sea correcta.

Si nos abstenemos del estudio radiográfico podremos encontrarnos en serios problemas, como puede ser: Que exista un diente pilar que sin darnos cuenta presenta su raíz fracturada causando movilidad dentaria y pérdida a distancia de la prótesis y otros órganos dentarios involucrados.

Las radiografías deben ser correctamente tomadas sin causar distorsiones de la imagen ya que el tratamiento no será el adecuado y los dientes que se usen como pilares y las estructuras adyacentes sufrirán daños.

Las consecuencias de confiar todo a la suerte o a lo que creemos que es, puede resultar desastroso y un solo error en toda una carrera es demasiado, especialmente si el diagnóstico y el evitar el problema es tan fácil de obtener.



## CAPITULO II

### IATROGENIAS DURANTE EL DESARROLLO DEL TRATAMIENTO

Al realizar una prótesis se tiene la finalidad de restablecer la función, así como la estética de la cavidad bucal, por ello es necesario dar importancia a todos los detalles por insignificantes que parezcan, para no lesionar a los tejidos innecesariamente y poder obtener resultados óptimos del tratamiento y un beneficio para el paciente.

#### A) IATROGENIAS DURANTE LA ANESTESIA LOCAL:

Durante la anestesia local podemos causarle daños al paciente tanto reversibles como irreversibles, causados por no realizar una buena historia clínica, o por una mala técnica de bloqueo.

A continuación hemos dividido las iatrogenias de anestesia local en dos grupos:

- 1.- Aquellas atribuidas a una técnica inadecuada.
- 2.- Aquellas atribuidas a la sobredosificación.

En el primer grupo, aquellas que resultan de una técnica inadecuada:

##### - AGUJA ROTA:

El rompimiento de una aguja es una de las complicaciones más incómodas en la anestesia, y es también una de las más

fáciles de evitar, si se toma en cuenta las siguientes precauciones:

a) No tratar de forzar una aguja contra alguna resistencia.

b) No tratar de cambiar la dirección de la aguja mientras está introducida en el tejido.

c) No usar agujas de calibre muy pequeño.

d) No usar agujas usadas previamente.

e) No sorprender al paciente con una inesperada inserción de la aguja ya que podemos lastimarlo si este se mueve.

- DOLOR:

En muchos casos es el resultado del mal cuidado o indiferencia del dentista para la inserción de la aguja y la infiltración del anestésico; esta debe ser lenta y tan atraumática como sea posible, deben evitarse las inserciones múltiples.

-ENFISEMA:

Es una inflamación de los tejidos bucales, como son el carrillo y toda la mejilla, presentando una crepitación de los tejidos que al sonido y tacto dan la impresión de pergamino. Esta complicación se debe a la penetración de aire. Podemos disminuir la lesión aplicando compresas frías

y calientes en forma alternativa sobre la cara.

**-HEMATOMA:**

Es una efusión de sangre dentro de los tejidos, como resultado de un vaso desgarrado, clínicamente se ve una área de color violáceo circunscrita en los tejidos. Su tratamiento comienza con el control de la hemorragia ejerciendo presión sobre la zona tumefacta, después aplicando calor en la zona afectada.

**-PARALISIS FACIAL:**

Pocos minutos después de haber retirado la aguja, el paciente presenta los siguientes síntomas: El párpado caído, el ala de la nariz deprimida, la mejilla flácida y la boca torcida.

Esta parálisis va acompañada a veces de anestesia del nervio dentario inferior y desaparece a las tres horas más o menos después de haber sido aplicada la anestesia. Generalmente es como resultado de haber depositado el anestésico dentro de la cápsula parotídea.

**-PARESTESIA:**

Es la sensación de hormigueo, quemadura o pinchazos, puede ser debido al desgarro de tejido nervioso por una aguja con rebabas causando una disminución de la sensación, suele persistir de dos a tres meses. Se puede ayudar administrando

vitamina B12.

**-NEURITIS:**

Se debe a una punción accidental del tejido nervioso y existe inflamación del mismo, el tratamiento consiste en la radiación.

En el segundo grupo de las iatrogenias atribuidas a una sobredosificación tenemos las siguientes:

**-TOXICIDAD:**

El termino toxicidad o sobredosificación se refiere a los síntomas manifestados como resultado de una administración excesiva de un anestésico.

Los primeros síntomas de la sobredosis tóxica son los de estimulación del S.N.C. conduciendo a una disminución de la presión sanguínea, pulso débil o rápido, variaciones en el sistema respiratorio, como son: Somnolencia, escalofríos, trastornos auditivos entumecimiento de labios y lengua, cefaleas, vómitos etc.

En la mayoría de los casos, las manifestaciones de la sobredosis son inmediatas, benignas y transitorias.

**-ANAFILAXIA:**

La respuesta inmediata puede ser relativamente ligera,

expresada en forma de estornudos, prurito, urticaria, sibilancias y tos.

Por otra parte puede ser grave con importante peligro para el enfermo (choque anafilactico) en general se produce después de unos segundos o minutos de la administración del anestésico.

Sus manifestaciones clinicas son: sudor frio, lengua dormida, palidez; hay que colocar al paciente de cubito dorsal, piernas elevadas, toma de pulso si no hay se realiza la reanimación cardiaca, y se aplica oxigeno.

#### **-LIPOTIMIA:**

También conocida como síncope vasodepresivo, se le denomina así a la perdida transitoria del conocimiento (desmayo) se manifiesta con palidez, salivación, nauseas, transpiración. En estos casos se coloca al paciente de cubito dorsal, se le afloja la ropa. no hay mayores complicaciones.

## **B) IATROGENIAS DURANTE LA PREPARACION PROTESICA.**

### **1.- DIENTES VITALES.**

#### **-SOBRECALENTAMIENTO POR FALTA DE IRRIGACION:**

Durante el tallado dentario de coronas o en la obtención

de paralelismo es frecuente una deficiente irrigación, ya que el calor recorre los tejidos profundos provocando una pulpitis congestiva esta afección es simple y suele curar rápidamente sus síntomas con dolor sordo y sensación de presión. Es importante mantener una buena irrigación del órgano en tratamiento.

#### **-DESGASTES SEVEROS:**

Otro aspecto es cuando el diente se encuentra íntegro y en el se requieren desgastes severos, como en las coronas totales, para poder brindar espacio al material metálico y estético, debe ser valorado en forma y medida anatómica, ya que podemos realizar una corona con hombro, en dientes cuya corona clínica es pequeña y pulpa cameral amplia será necesario tener el control del desgaste en todas sus caras para que no se vea lesionada la pulpa causándole hemorragias internas que se manifiestan en cambios de coloración y finalizando en una necrosis pulpar.

#### **-PARALELISMO:**

Un factor importante será en la posición en que se encuentre el órgano dentario por tratar, ya que en los casos en que la inclinación es muy marcada se requiere de un mayor desgaste para lograr un paralelismo sin tener presente la protección del tejido pulpar dejando una capa dentinaria delgada provocando así reacciones pulpares.

Con la pretensión de cambiar la posición del diente pilar únicamente con el tallado coronario, sin cambiar la posición de sus raíces, solo lograremos que la encía se torne en una cavidad para el acumulo de restos alimenticios contribuyendo así a la alteración parodontal.

## 2.- DIENTES NO VITALES:

Las restauraciones que se realizan en dientes que fueron tratados endodónticamente son llamados intraradiculares, estas son importantes para la colocación de pivotes y sobre estas coronas de metal acrílico o porcelana, es necesario valorar los dientes o raíces en cuanto su obturación para prepararlos a que reciban los postes.

Podemos encontrar endopostes: Cortos, largos, anchos y redondos.

Los cortos no tienen buena retención ni soportan las fuerzas de masticación provocando que se desprenda fácilmente dicha restauración.

Largos en estos casos hay fractura de raíz por las fuerzas ejercidas sobre él.



Anchos; provocaran la fractura de la raíz en sentido longitudinal de esta; por realizar la función de cuña durante la masticación.

Redondos: estos pueden girar y desalojar la prótesis del conducto.

Si no realizamos adecuadamente dicha restauración causaremos una iatrogenia al tratamiento protésico y endodóntico bien realizado.

Las perforaciones son causadas por un cálculo incorrecto de la dirección del conducto, la mala elección del instrumental para desopturar, una mala radiografía o aún la ausencia de ella.

## C) RETRACCION GINGIVAL.

La retracción gingival puede ser local o general si es de primer tipo debe evaluarse la razón y de ser posible eliminarse, si se trata del segundo y no hay consideraciones estéticas, como puede ser un diente devitalizado, es posible aceptar la situación como se presenta, no obstante puede estar indicado en un tratamiento periodontal generalizado, la posición de los bordes de la prótesis en relación con la encía. Ha sido durante mucho tiempo objeto de controversias,

ya que la extensión gingival de los bordes proporciona una apariencia más agradable y de que se logra una mejor protección contra la caries cervical no se puede negar que la presencia de material protésico en el surco gingival suele provocar irritación de la encía.

## 1.- INFLAMACION.

Es producida por irritantes locales como son: Placa dentaria, materia alba y cálculos.

La inflamación local origina cambios degenerativos necróticos en los tejidos gingivales.

Cuando se utilizan materiales de impresión elásticos a menudo es necesario retraer la encía para obtener acceso al margen gingival de la preparación. La inflamación como iatrogenia protesica es causada por la irritación constante de la encía al dejar desajustada una corona de la prótesis parcial fija, lo más común es que alrededor de esta exista deficiente higiene bucal del paciente, tal vez a raíz de que nunca se le ha ensañado su importancia. Otros factores pueden ser: Márgenes defectuosos en los retenedores, anatomía oclusal incorrecta, sobrecontorno de las caras vestibulares

o linguales o troneras interproximales incorrectas, todas originadas por la falla en el diseño.

La inflamación de la mucosa provocada por el pónico puede deberse a la mala elección del material para la superficie de asiento como es el acrílico que resulta un material agresivo y la inflamación gingival que provoca puede ser aun agravada por el deposito de tartaro sobre él.(2)

El estado periodontal y gingival del paciente debe ser lo más saludable posible antes de elaborar una prótesis fija de no lograrlo existe una mayor probabilidad de hemorragias durante la preparación y en forma más definitiva durante la toma de impresiones dentarias.

## 2.-PERDIDA DE TONO.

El colapso periodontal suele ser generalizado de toda la boca asociarse con migraciones de los dientes o estar localizado a los pilares del puente, este por lo general será consecuencia de un mal diseño o ejecución de la prótesis.(3)

La perdida de tono o forma tisular se produce por los siguientes factores:

- Diseño del tramo incorrecto.
- Posición y tamaño de las uniones soldadas incorrectamente.
- Volumen excesivo o deficiente de los anclajes

-Higiene bucal deficiente.

La salud de los tejidos gingivales se ve afectada por presión excesiva del tramo hacia ellos. También cuando los ponticos se realizan con terminación en silla de montar, estos suelen ser muy traumáticos a los tejidos donde descansan

(Fig.1-1).

Los ponticos pueden ser demasiado cónicos o muy anchos y ajustados, provocando acumulo de alimentos y a su vez inflamación de la mucosa y aún más la pérdida de hueso.

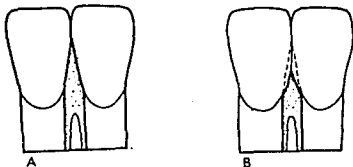


(Fig.1-1) Efectos de presión excesiva del pontico sobre el reborde (flecha).Puente retirado despues de dos días.

La unión de soldadura en prótesis fija que incluye el espacio de troneras, desalojando las papilas gingivales interproximal en vez de protegerlas causando migración de la papila. (Fig.1-2)



(Fig.1-2) Troneras gingivales inadecuadas.



(Fig.1-3) Contornos coronarios interproximales.  
A.Espacio normalmente existente B.Exceso de anchura mesiodistal que produce compresión de tej. gingival.

### 3.-TECNICAS DE RETRACCION GINGIVAL.

" Para retraer la encía esta debe estar sana y su posición sobre el diente establecida antes de la toma de impresión."(1)

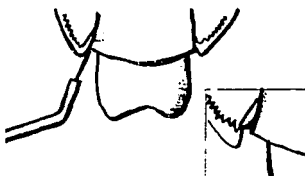
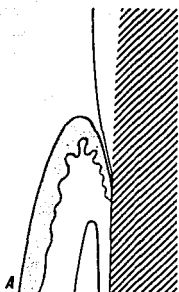
Existen diferentes métodos para la retracción gingival' como son:

#### -CIRUGIA:

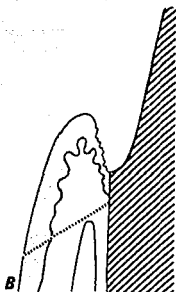
La resección quirúrgica de la encía es el método preferido para procurar acceso al margen de la preparación. Esta debe realizarse bajo anestesia local, la encía se corta apical al margen de la preparación con bisturíes periodontales, la hemorragia se cohibe haciendo presión con una gasa humedecida en epinefrina.(4).

#### -ELECTROCIRUGIA:

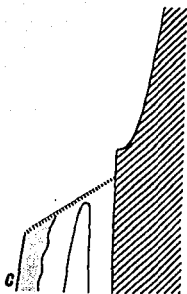
La encía puede retraerse también mediante electrocirugía, esta evita el problema de la hemorragia, se utiliza con el fin de aminorar daños tisulares.(Fig.1-4)



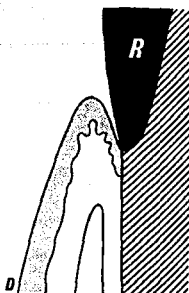
(Fig.1-4) A.-Relación dentogingival normal antes de la preparación dentaria.



B.-Tallado dentario gingival ligeramente laserado. Encía excisionada en línea punteada.



C. Margen gingival eliminado mediante un bisturí periodontal o electrocirugía.



D.-Restauración en su posición, en la base del surco gingival cicatrizado.



#### **-HILOS DE RETRACCION.**

Para la retracción gingival se utilizan hilos impregnados en sustancias químicas (vasoconstrictores) deben ser utilizados con sumo cuidado, están contraindicados en pacientes con enfermedad coronaria, hipertiroidismo o diabetes, estos producen isquemia local y pueden ser dañinos para la encía. Normalmente después de retraída la encía esta vuelve a su estado normal (cuando esta sana).

Los hilos para retracción gingival son ampliamente usados pueden causar daños si no se utilizan correctamente. No debemos usar demasiado hilo o de un grosor exagerado en el espacio del surco.

La fuerza innecesaria al colocar el hilo causara daño a la inserción. Puede producir desgarre del tejido e inflamación si se deja que estos hilos se sequen en el surco, hay que humedecerlos en suero salino mientras que son colocados en el surco gingival afin de limitar la rotura del epitelio.(4).

#### **D) TOMA DE IMPRESIONES**

Se toma una impresión a los dientes en tratamiento y de sus estructuras circundantes para obtener un modelo de trabajo. Una buena impresión es una réplica negativa exacta

de cada diente preparado y debe incluir todos los desgastes efectuados en el mismo. La impresión debe abarcar los dientes contiguos a los incluidos en el tratamiento a fin de relacionarlos con el modelo antagonista.

La salud de los tejidos blandos y el control de flujo salival son críticos para que la impresión tenga éxito. No obstante hay que tener cuidado para evitar que se produzcan lesiones en la encía. Pueden ser necesarios rollos de algodón y eyectores de saliva para un correcto control de humedad. Durante la técnica de impresión, es aconsejable aplicar un anestésico local en el área de la preparación para eliminar molestias y reducir la salivación.

Para obtener una buena impresión se debe confeccionar un portaimpresiones individual con resina acrílica al tamaño exacto del paciente para evitar lesiones a los tejidos blandos.

Se deben seguir las instrucciones del fabricante en cuanto a la cantidad a mezclar y tiempos de manipulación, ya que podemos alterar las propiedades del material y obtener una mala impresión y por ende una mala restauración.

Existe una amplia variedad de materiales disponibles para tomar un modelo negativo preciso de los tejidos blandos y duros; en este capítulo mencionaremos a los Hules de polisulfuro y a las Siliconas:

**-HULES DE POLISULFURO:**

Este material lo utilizaremos en la impresión con cofias, estas se deben adaptar correctamente a la terminación cervical. Si las dejamos sobre extendidas podríamos lesionar el tejido gingival y en el caso contrario al dejarlas cortas no servirán, ya que no registrarán la terminación cervical y no tendremos un buen sellado de la restauración final.

No se debe utilizar impresiones defectuosas ya sea con porosidades, grumos o desgarres producidos al retirar la impresión de la boca pues no se obtendrán buenos resultados.

Hay que recordar que después de obtener la impresión con cofias de los dientes preparados se debe tomar una impresión de toda la arcada con un hidrocoloide irreversible; El cual la estabilidad dimensional de los dos materiales utilizados es diferente y puede haber contracción de los mismos por lo cual se debe vaciar en yeso tipo IV.

**-SILICONAS O POLIVINILSILOXANO:**

Esta consta de dos pastas, una ligera y otra pesada, con el cual se pueden obtener magníficas impresiones si seguimos las instrucciones adecuadas.

En la elaboración de una prótesis parcial fija se debe tomar la impresión de la arcada completa y utilizar el material rectificador en todas las huellas dentarias y no solo en la zona en tratamiento.

No olvidar que el hilo retractor se debe retirar después de la toma con el material pesado, y de ser posible inyectar el material ligero en cada uno de los dientes ya preparados protesicamente para evitar así que no se registren las terminaciones cervicales.

## **E) COLOCACION INADECUADA DEL PROVISIONAL**

"El tratamiento provisional para la protección del órgano dentario en tratamiento, la cobertura temporal hecha precipitadamente y sin considerar el periodonto puede provocar trastornos que dan como resultado daño permanente" (1).

A continuación presentamos algunos ejemplos de factores que pueden afectar al parodonto y al órgano dentario del tratamiento protésico.

### **1.- SELLADO MARGINAL:**

La protección temporal del diente pilar preparado es importante, cuando se ha dejado demasiado tiempo el provisional se descubre el cuello del diente, esta zona susceptible a la caries y se deberá reparar el diente, o realizar algún tratamiento de reconstrucción.



(Fig.1-5)Dientes preparados para restauración y carentes de protección provisional.

La restauración provisional no debe permanecer en la boca mucho tiempo, máximo seis semanas, y habrá que sustituirla por una definitiva tan pronto como sea posible pues los tejidos blandos se pueden ver afectados ya que el material del provisional es rugoso y presenta acumulo de placa dentobacteriana provocando inflamación e irritación de los tejidos.

"Cuando las coronas temporales quedan cortas pueden contribuir a la hipersensibilidad interfiriendo con los medios de higiene dental adecuada". (1).

## 2.- SOBRE EXTENSION:

La sobre extensión en la colocación de la restauración provisional, puede dar como resultado alteraciones gingivales permanentes en la región interdientaria o en las regiones marginales, facial y lingual, provoca congestiones marginales, irritación mecánica y química, y el resultado de todo esto puede ser hiperplasia gingival (Fig. 1-6) o recesión si la inserción epitelial ha sido severamente dañada.



(Fig. 1-6) Hiperplasia gingival provocada por coronas temporales mal diseñadas.

### 3.- PUNTOS PREMATUROS:

También es de suma importancia la función oclusal, ya que puede ser traumática debido a puntos de contacto prematuros, existiendo la posibilidad de un daño parodontal por las fuerzas anormales, la cantidad de soporte y la dirección de dichas fuerzas.

La forma y posición inadecuada de la construcción anatómica de una restauración provisional al ser disminuida o plana, es un factor más para la afección periodontal, comenzando con la encía libre por falta de protección e incorrecta transmisión de estímulos a la encía.

La altura de uno o conjunto de puntos se manifiesta con dolores de intensidad acentuada generalmente, asociados con hiperemia del parodonto y con ello un mayor aporte sanguíneo y fisular sensible a la percusión y presión al continuar presente este factor.

### 4.-CEMENTACION TEMPORAL:

La cementación temporal puede ser deficiente a consecuencia de una mala técnica y una incorrecta elección del material.

Si los dientes no se encuentran libres de humedad antes del cementado la unión se vera debilitada.

El cemento ocupa los pequeños espacios entre el diente y la restauración, para mantener una adaptación y evitar la filtración, es indispensable que el cemento conserve una resistencia adecuada para evitar la fractura del material.

La correcta cementación de los provisionales se obtiene con cemento quirúrgico con ciertas características de fluidez para que no se empaque en el intersticio y actúe como un apósito que permita la regeneración, inhíba la proliferación tisular, proteja la sensibilidad cervical y de retención y rigidez al provisional.

La zonas de cemento intermedio provocara irritación química y física, además estará expuesto a la erosión por los líquidos bucales creando zonas ásperas y desajustes que provocan irritación subgingival y se convierten en zona para la generación y acumulación de microorganismos y sus secreciones destructivas.



**CAPITULO III****ERRORES EN EL PROCEDIMIENTO DE LABORATORIO**

Una restauración deberá considerarse desde el punto de vista de su contorno, anatomía, márgenes, contactos proximales, estética y función.

Estos errores pueden ser causados ya sea por nosotros o por el laboratorio en sí, como puede ser que hayamos tomado mal una impresión, la deformación del material o un mal diseño de la preparación.

Algunos de los factores más importantes son:

## 1.- SOBRE EXTENSION DE LOS MARGENES EN PRUEBA DE

### METALES:

Los márgenes sobre extendidos no pueden adaptarse a la convexidad del esmalte en la posición cervical del diente ni a los tejidos gingivales, si bien el espacio entre el margen del colado y el diente se llena con cemento, este es soluble y con el tiempo se produce un hueco que se llena con saliva y restos alimenticios, ello estimula la retracción del tejido gingival e inflamaciones severas. También induce a la desintegración del esmalte y del cemento, produciendo caries.

En algunos casos es factible eliminar mediante el pulido todo el exceso de colado pero el mejor de los casos es elaborar nuevamente los metales. (Fig.3-1).



Fig.3-1) Hiperplasia gingival causada por sobre extensión de la prótesis.

## 2.-COLADOS CORTOS:

Un colado corto deja expuesto el margen cervical del diente preparado, este esmalte o dentina rugosos retienen el alimento y aunado a una deficiente higiene por parte del paciente se instala la caries. Es conveniente realizar el colado nuevamente para evitar daños al organismo dentario y tejidos adyacentes.(6)

### **3.- MARGENES DESADAPTADOS:**

Los margenes desadaptados cualquiera que fuese la causa favorece la entrada de saliva y organismos cariogénicos y requiere que se rehaga la prótesis.

### **4.-DESPRENDIMIENTO DE UN ANCLAJE:**

La saliva y las partículas de alimentos que se filtran en el espacio entre el anclaje flojo y el diente permanecen ahí; mediante la acción de bombeo o movimiento del colado, sobretodo si hay conductillos en la preparación, la destrucción se acelera y en muy poco tiempo se ve afectada la dentina coronaria.

### **5.-TRAMO INADECUADO:**

Cuando la limpieza de la papila no es factible, debido a la sobre extensión por forma inadecuada del tramo, ello tiene por consecuencia la caries lo único que cabe es quitar el puente y construir otro diseño correcto.

## CAPITULO IV

### CEMENTACION FINAL INADECUADA

El fracaso puede ser consecuencia de una técnica de cementado deficiente originada por: Elección incorrecta del material, en el cumplimiento de las instrucciones de mezcla del fabricante, en el uso de material caduco o contaminado, una relación polvo líquido inadecuada o en la inserción de la prótesis cuando el cemento había comenzado a fraguar, esto puede traer como resultado un cemento débil y un colado calzado en forma incompleta del mismo modo, si los dientes no se dejan libres de humedad, la unión se vera debilitada.

Para una buena técnica de cementado debemos tener en cuenta los siguientes factores:

- Puente limpio.
- Aislamiento del campo operatorio.
- Pilares secos y limpios
- Una lozeta fria y espátula.
- Suficiente cantidad de polvo y líquido del cemento.

Muchos pacientes prefieren la aplicación de anestesia durante el proceso de cementación, la anestesia tiende a disminuir el flujo salival, lo cual favorece el mantenimiento de un campo más seco durante el cementado y fraguado.

El cemento sirve solamente como material de unión que

ocupa los pequeños espacios entre el diente y la restauración, para mantener una adaptación y evitar la filtración es indispensable que el cemento sea de solubilidad mínima y que conserve una resistencia adecuada para evitar las fracturas de las pequeñas proyecciones del cemento. Se debe eliminar todo el cemento excedente ya que penetra al surco gingival causando inflamación e irritación del mismo.

"Si un puente se despegga en forma parcial es importante que se retire tan pronto como sea posible, de no ser así se producirá una rápida caries por debajo del colado despegado." (3)

## CAPITULO V

### LA PROTESIS Y EL PACIENTE



Los paciente tienen que estar al tanto del cuidado que deben tener con sus dientes en general, incluso una correcta técnica de cepillado y el uso de estimuladores interdentarios, no obstante para el cuidado de la prótesis fija se requiere de métodos más específicos.

Si existe una cantidad bastante grande de tejidos blandos cubiertos por el puente, esta indicado el uso de un irrigador bucal (Fig.5-1) que forzará el agua por debajo de la prótesis y mantendrá limpia la superficie del asiento.

### 1.- INSTRUCCIONES AL PACIENTE:

Cuando ya se ha instruido al paciente con una buena técnica de cepillado (Fig.5-2) hay que mostrarle el uso del hilo dental para limpiar las zonas del puente de más difícil acceso. Se le da un espejo de mano al paciente para que observe como se debe pasar el hilo dental através de una zona interproximal del puente. Si se considera necesario para el caso, se le puede mostrar uno de los enhebradores de hilo dental disponibles en el comercio.

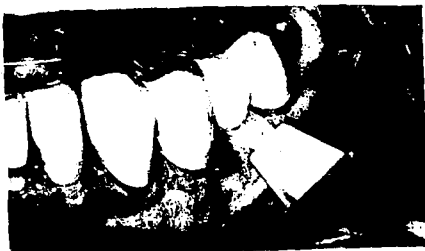
Una vez que se le muestra al paciente como hacerlo le pedimos que lo realice el. Este procedimiento al principio no siempre es fácil, pero se aprende pronto con un poco de practica.

Se recomienda al paciente que evite temperaturas extremas con los alimentos días después de la cementación final.

Se le indicara al paciente las limitaciones de su prótesis, decirle que las carillas son frágiles, que no se deben morder objetos duros.



(Fig.5-1) Irrigador bucal.



(Fig.5-2) Cepillo interproximal

## Técnica de cepillado



Coloque el cepillo sobre los dientes y encías con una angulación de 45° aproximadamente y aplicando una presión moderada, efectúe movimientos vibratorios cortos de adelante hacia atrás; procure que el cepillo permanezca en un mismo lugar de 10 a 15 segundos.

(Fig. 5-2)



A continuación -barra- las superficies dentales en dirección vertical, de la encía al borde de los dientes de 10 a 12 veces sin mover la muñeca.



El cepillado debe realizarse tanto en la cara externa como en la interna de todos los dientes; en los dientes de adelante coloque el cepillo casi vertical utilizando la punta como se ilustra en el dibujo.



Secuencia superior de cepillado. Debe realizarse rutinariamente para no olvidar ningún sector de la boca.



Finalmente, cepille la superficie masticatoria de todos los dientes con movimientos vibratorios de atrás hacia adelante y cepille cuidadosamente la lengua.

La salud de los tejidos circundantes dependen de un cuidado diario. El puente se debe inspeccionar a intervalos regulares que ya se trata de un aparato fijo cementado en un medio ambiente vivo y necesita de un mantenimiento adecuado.

## **2.-COMPLICACIONES DEBIDAS A UNA HIGIENE ORAL DEFICIENTE.**

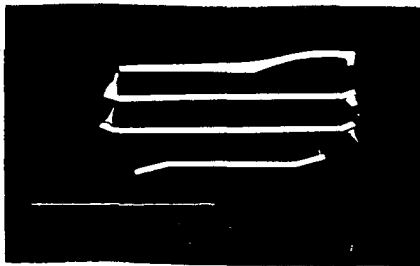
Nunca se insistirá demasiado en la importancia de la medida estricta de higiene oral en los pacientes sometidos a un tratamiento restaurador amplio, si el paciente no es capaz de mantener una higiene oral correcta, con facilidad se produce caries dental recidivante y enfermedad periodontal. En consecuencia fracasa cualquier tratamiento, ciertamente es desanimador ver como un paciente permite que se degenera su salud oral después del esfuerzo realizado para construir y mantener en un buen estado su aparato masticatorio.

### 3.-ELEMENTOS PARA MANTENER UNA HIGIENE BUCAL COMPLETA.

Algunos de los elementos para mantener una higiene bucal adecuada son:(Fig.5-3)

- Cepillos con cerdas redondeadas.
- Hilo dental.
- Agua a presión.
- Tabletas reveladoras.
- Limpiador ultrasónico.

(Fig.5-3)



## CONCLUSIONES

Para la realización correcta en el tratamiento protésico debemos de tener presente los elementos de diagnóstico, la historia clínica del paciente completa y detallada nos mostrara su estado de salud general; teniendo nosotros así conocimientos si existe algún problema que requiere de nuestra especial atención, evitando contratiempos durante el tratamiento y logrando la tranquilidad y confianza, así como, la cooperación del paciente.

Es el estudio radiográfico, indispensable en todo tratamiento protesico para el estudio de cada caso en particular, así como los modelos de estudio, son puntos basicos para evitar iatrogenias durante el tratamiento.

El conocimiento de los diferentes materiales de impresión, su manejo adecuado, así como el correcto diseño y preparacion de las piezas, serán la base para que se realicen con éxito nuestros tratamientos protésicos.

Todo lo anterior nos ayudara a elegir una prótesis fija, siguiendo correctamente cada paso en el tratamiento a fin de evitar iatrogenias, es de confiar que obtendremos un resultado satisfactorio, que será en beneficio de la salud del

paciente.

Sabiendo que la verdad científica es la verdad cambiante el Cirujano Dentista deberá estar preparado continuamente para aceptar esos cambios transformándolos en éxitos.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Autor: SCHLUGER SAUL  
Título: ENFERMEDAD PERIODONTAL  
Editorial: CECSA  
Edición: Sexta  
Año: 1985
  
- (2) Autor: GEORGE E. MYERS  
Título: PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES  
Editorial: LABOR S.A.  
Edición: Cuarta  
Año: 1979
  
- (3) Autor: D.H. ROBERTS  
Título: PROTESIS FIJA  
Editorial: MEDICA PANAMERICANA  
Edición: Primera  
Año: 1980
  
- (4) Autor: IRVING GLICKMAN  
Título: PERIODONTOLOGIA CLINICA  
Editorial: PANAMERICANA



Edición: Sexta

Año: 1988

(5) Autor: LOUIS F. ROSE

Título: MEDICINA INTERNA ODONTOLOGICA

Editorial: SALVAT EDITORES

Edición: Sexta

Año: 1992

(6) Autor: SHILLINBURG HERBERT

Título: ATLAS DE TALLADO PARA CORONAS

Editorial: LA PRENSA MEDICA MEXICANA

Edición: Reimpresión

Año: 1990

(7) Autor: ALVIN MORRIS

Título: LAS ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS EN LA PRACTICA  
EN GENERAL.

Editorial: LABOR S:A:

Edición: Segunda

Año: 1980