

278



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*[Handwritten signature]*

**PACIENTE PROTESICO-PERIODONTAL**

*[Handwritten signature]*

T E S I S A  
Q U E P R E S E N T A :  
ARMANDO QUIROZ GOMEZ  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA



DIRIGIERON Y SUPERVISARON:  
DR. CO FILIBERTO ENRIQUEZ HABIB  
C.D.M.O GUADALUPE MARIN GONZALEZ

COORDINADORA DEL SEMINARIO DE TITULACION  
AREA PROTESIS  
C.D.M O. RINA FEINGOLD STEINER

MEXICO, D. F.

*Uobo*

*[Handwritten signature]* 1995

*[Handwritten signature]*

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## **PACIENTE PROTESICO-PERIODONTAL**

# **PACIENTE PROTESICO-PERIODONTAL**

## **INDICE**

INTRODUCCION

### **CAPITULO I.**

EL PACIENTE PROTESICO PERIODONTAL.....3

### **CAPITULO II.**

OBJETIVOS DE LA TERAPIA.....5

A) ASPECTO PERIODONTAL.....5

B) ASPECTO PROTESICO.....6

### **CAPITULO III.**

SECUENCIA DE LA TERAPIA.....7

A) FASE INICIAL DE LA TERAPIA.....8

B) RESTAURACION Y ESTABILIZACION PROVISIONAL.....15

C) MANEJO PERIODONTAL.....19

D) FASE PROTESICA POSTQUIRURGICA.....20

E) FASE DE MANTENIMIENTO.....27

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Hoy en día, se considera indispensable para el odontólogo que maneje los principios básicos acerca de salud-enfermedad periodontal y su aplicación para establecer los conceptos protésicos de una manera conjunta y poder restablecer la funcionalidad del aparato masticatorio y además de que el paciente sea informado acerca de las medidas necesarias de higiene bucal para poder coadyudar a un mantenimiento adecuado junto con su dentista y así tanto la prótesis como la salud periodontal pueda mantenerse en un largo tiempo en beneficio del paciente y el odontólogo.

Si nosotros consideramos el altísimo número de pacientes que padecen o han padecido enfermedad periodontal nos damos cuenta de la importancia del conocimiento de el manejo que debemos tener con estos pacientes para ser rehabilitados adecuadamente.

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión de la literatura del manejo y secuencia en el tratamiento que se debe tener con el paciente protésico-periodontal.

Se describirán todos los pasos, aunque no todos serán aplicados igual en los pacientes, ya que cada caso requerirá modificaciones individuales.

Uno de los retos a que se enfrenta el odontólogo frecuentemente es la movilidad dentaria, esta, generalmente se asocia a la enfermedad periodontal, y requiere de un

manejo cuidadoso y minucioso, debemos apoyarnos desde el principio con una historia clínica, ficha periodontal, radiografías y todos los recursos de apoyo para poder llegar al diagnóstico y plan de tratamiento y a la ejecución del mismo; sin duda, estos procedimientos representa, tiempo, esfuerzo, dinero, etc. Siendo recomendable que el binomio dentista-paciente, más el apoyo de un buen técnico de laboratorio, funcionen de común acuerdo; idealmente, una vez restaurado nuestro paciente; la etapa de mantenimiento, será la que juzgue, con el tiempo el éxito o fracaso de nuestro tratamiento.

## **CAPITULO I.**

### **EL PACIENTE PROTESICO PERIODONTAL**

Se describen como pacientes protésico-periodontales a aquellos que presentan algún tipo de enfermedad gingival, periodontal o bien que ya han sido tratados periodontalmente y que requieren rehabilitación protésica. O sea que la mayoría de los pacientes caerían dentro de este grupo.

El paciente protésico periodontal requiere de un manejo multidisciplinario, que tenga a bien el restablecimiento de la salud oral que ha perdido por enfermedad periodontal, asociada a movilidad dentaria progresiva.

La forma y función de la dentición y sus estructuras de soporte son restauradas y estabilizadas por medio de una terapia periodontal-protésica, apoyada cuando es requerido por ortodoncia, endodoncia y procedimientos quirúrgicos bucales. Como un esfuerzo terapéutico complementario, requiere de un acercamiento coordinado para diagnosticar y conjuntar un cuidadoso plan de tratamiento. El tratamiento debe ser sometido a una continua reevaluación durante la terapia provisional, hasta que las decisiones definitivas sean tomadas, para el diseño final del caso.

Los paciente que requieren tratamiento protésico periodontal demuestran algunas combinaciones de las siguientes complicaciones:

1. Periodontitis, moderada o avanzada.
2. Movilidad dentaria progresiva y migración.

3. Pérdida en la dimensión vertical por colapso de la oclusión posterior.
4. Relación adversa corona-raíz.
5. Pérdida y malposición dentaria.
6. Restauraciones dentales iatrogénicas que contribuyen a patosis periodontal y oclusal.
7. Invasión furcal.
8. Pérdida de la arquitectura gingival.
9. Exposición y sensibilidad radicular por migración gingival.
10. Requerimiento estético en el paciente.
11. Maloclusión.
12. Dificultad en la preparación por una longitud clínica aumentada.
13. Frecuente agresión pulpar durante el desgaste excesivo por el incremento de la longitud de la preparación.
14. Dificultad para lograr el paralelismo entre las preparaciones.
15. Susceptibilidad y hábitos parafuncionales.



## CAPITULO II.

### OBJETIVOS DE LA TERAPIA

El paciente protésico-periodontal es mejor manejado por un equipo médico interdisciplinario, el cual estará integrado por un protesista, periodoncista, y se complementara cuando se requiera por un ortodoncista, endodoncista y un cirujano bucal. Este equipo interdisciplinario deberá estar perfectamente coordinado para manejar su tratamiento específico en una duración de tiempo apropiada para dar una secuencia a la terapia. La cuidadosa coordinación del equipo y la comunicación con el paciente, es esencial para el correcto manejo del tratamiento y paciente.

El paciente protésico-periodontal requiere de una terapia que cumpla objetivos protésicos y periodontales.

A) Los objetivos del tratamiento en el aspecto periodontal son: crear un soporte óptimo sobre el cual se asentará una restauración final. Los objetivos periodontales son los siguientes:

1. Eliminar los factores etiológicos locales.
2. Dar control personal de placa y aumentar la participación del paciente y así comenzar con la terapia.
3. Evaluación del paciente y sus respuestas tisulares.
4. Eliminación de bolsas periodontales.
5. Remodelación fisiológica de la encía y los contornos óseos.

6. Establecimiento de zonas adecuadas para la unión de la encía a las superficies radiculares.
7. Rehabilitación de los dientes con lesiones furcales.
8. Fase de mantenimiento.

B) Los objetivos protésicos que debe cumplir el tratamiento son la completa restauración fisiológica de la dentición y la estabilización de la movilidad dentaria cumpliendo las siguientes objetivos:

1. Establecer una oclusión fisiológica y controlar los hábitos perniciosos.
2. Controlar la movilidad dentaria.
3. El diseño de la prótesis debe cumplir con áreas de contacto interproximales, coronas con márgenes bien contorneados y forma de retención para que todo contribuya a un adecuado control personal de placa y salud periodontal.
4. Reemplazo de las restauraciones inadecuadas y sustitución de los dientes perdidos.
5. Rehabilitación de la dimensión vertical perdida.
6. Restablecimiento de la estética y la fonética.

### **CAPITULO III.**

#### **SECUENCIA DE LA TERAPIA.**

El caso protésico periodontal refiere un tratamiento multidisciplinario que implica una secuencia cronológica que debe estar bien coordinada para el tratamiento.

En el caso protésico periodontal es casi imposible instaurar tempranamente un plan de tratamiento y pronóstico definitivo y determinar cuál será el diseño final de la restauración protésica.

El paciente debe ser reevaluado constantemente durante el curso de la terapia hasta lograr el diseño final del caso.

Una secuencia típica del tratamiento protésico periodontal consta de los siguientes pasos:

- A. Fase inicial de la terapia.
- B. Restauración y estabilización provisional.
- C. Manejo periodontal.
- D. Fase protésica posquirúrgica.
- E. Fase de mantenimiento.

## **A. Fase inicial de la terapia.**

Se refiere a las condiciones que hay que restablecer antes de realizar el tratamiento periodontal definitivo y diseñar la restauración protésica final. Incluye:

### 1) Control de las condiciones agudas.

Si se presentaran dientes con sintomatología pulpar, debe iniciarse el tratamiento endodóntico antes que cualquier otro para resolver la emergencia del dolor.

Los abscesos periodontales agudos deberán ser drenados y tratados complementariamente con terapia antibiótica. Es benéfico retener los dientes que puedan actuar como un sostén adicional a los pilares o proveer un valioso anclaje adicional durante la fase inicial de la terapia. Sin embargo, los dientes que presentan movilidad excesiva y que tengan un mal pronóstico deberán ser extraídos ya que de no hacerlo, el paciente no podrá cumplir adecuadamente con la terapia inicial, por la molestia o dolor que ocasionan estos dientes.

## **2. Terapia periodontal inicial**

Los objetivos de la terapia periodontal inicial son básicamente dos y estos están interrelacionados. El primer objetivo es controlar los factores microbiológicos que irrumpen el equilibrio periodontal. El segundo será para brindar comodidad al paciente.

La inflamación gingival y periodontal puede estar presente en estadios agudos, subagudos y crónicos. Estos cambios inflamatorios tisulares deben ser reducidos o

controlados durante la terapia periodontal inicial. En ésta empesaremos por la remoción de cálculos, control de los factores iatrogénicos, debridamiento y control de placa bacteriana.

El resultado inmediato de la terapia periodontal preliminar se refleja en el confort del paciente, ya que desaparece el sangrado gingival y mejora la apariencia del tejido gingival por lo cual inspirará confianza en el paciente y habrá una mayor cooperación para el cuidado en casa.

#### **Perfil del paciente.**

Frecuentemente los pacientes candidatos para un tratamiento protésico periodontal tienen su primer contacto con el odontólogo a causa de una emergencia aguda o por la temida abulsión dentaria o alguna otra alteración. La negligencia se refleja en el aspecto de salud de su boca. Lamentablemente este tipo de pacientes ha sido multitratado anteriormente, creyendo que recibían una atención profesional adecuada.

La enfermedad periodontal estará presente con un par de manifestaciones agudas y crónicas; trauma oclusal y factores iatrogénicos que pueden variar desde una simple amalgama sobreobturada o bien la colocación de una corona con márgenes desbordantes.

## **Terapia periodontal inicial**

### **Control de la inflamación periodontal.**

Se puede usar el ultrasonido cuando la cantidad de sarro requiera de su uso para proveer un ambiente óptimo para el restablecimiento de la respuesta tisular. Muy frecuentemente será necesario debridar para desalojar los fragmentos de cálculos que se han desplazado hasta el interior de una bolsa. También será tratada por medio del raspado y alisado radicular, que es tratamiento para limpiarlos de sarro y placa subgingival. En ocasiones es inevitable realizar un curetaje inicial durante el raspado radicular, pero no será un curetaje definitivo.

En áreas de severa inflamación, con bolsas extremadamente profundas, tal vez sea necesario planear una pequeña cirugía para curetear la lesión y dar más tiempo de recuperación para poderse reevaluar antes de la terapia periodontal definitiva. Esta cirugía puede resultar benéfica para realizar implantes oseointegrados (cuando se requieran) que requieren de un tiempo determinado para su restablecimiento. Estas pequeñas cirugías deberán planearse de forma tal que de una sola intención puedan ser atendidas las dos arcadas (superior e inferior) del mismo lado simultáneamente.

Cuando se trate de pacientes aprehensivos se preferirá una cirugía bajo anestesia general, lo que facilitará el manejo integral en un solo tiempo. Luego de la operación el paciente deberá ser revisado para instruirlo únicamente en relación a su higiene. En un margen de 3 a 6 semanas después se puede iniciar el tratamiento.

Los pacientes con enfermedad periodontal avanzada casi siempre requerirán de tratamiento endodóntico, para la restauración, que en muchos sentidos implica la inserción de un endoposte como medio de sujeción principal para mejorar el anclaje y evitar fracturas radiculares. Son candidatos a restauraciones mediante el uso de endopostes, los pacientes con un pilar aislado portador de prótesis de cantilibre y prótesis parcial removible.

#### **Terapia Howley, Plano de mordida.**

Durante la preparación inicial del caso protésico-periodontal se usa la aplicación de una placa Howley maxilar con pista para plano o una modificación de esta placa Howley, como terapia funcional. En numerosos casos en la presencia de trauma oclusal se afecta el sistema neuromuscular y la integridad del aparato periodontal, puede existir desarticulación posterior y si no existe un control de los factores etiológicos causantes se incrementará la lesión traumática oclusal.

Amsterdam y Corn Establecieron que una placa con pista oclusal en combinación con curetajes, alisado radicular, y control de placa, puede permitir la erupción de los dientes posteriores con una disminución en la profundidad de los defectos óseos puede ser mejorado más fácilmente con el tratamiento definitivo. Estos autores han mostrado muy buen resultado cuando la placa Howley es usado por 6 meses o más.

El aparato Howley de plano de mordida es también usado como una importante herramienta en la localización del eje de bisagra, en la localización de una dimensión vertical bien tolerada en casos en que ha habido colapso de la

oclusión posterior. El aparato con plano de mordida anterior, anula las interferencias oclusales y permite al mecanismo neuromuscular del paciente localizar el eje de bisagra y el arco de cierre.

El aparato Howley también puede servir como adjunto al tratamiento por proveer un medio para aminorar los movimientos dentales generalmente en maxilares en dientes anteriores. El ajuste progresivo de este disminuye el espacio para así controlar la movilidad. Se usa para desocluir los dientes posteriores en movimientos ortodoncicos.

#### **4. Terapia Endodóntica.**

Las situaciones pulpares agudas requieren atención inmediata, estén o no restablecidos los tejidos periodontales.

La patosis pulpar crónica debe ser tratada antes de la terapia periodontal definitiva y antes de ser colocadas las restauraciones provisionales. La duración dependerá de la sintomatología, el potencial de restauración y la naturaleza de la lesión misma. Las lesiones periodontales que se comunican con las lesiones periapicales deben ser tratadas simultáneamente. Se debe hacer énfasis en la atención de dientes con dudoso pronóstico endodóntico, para determinar su situación de manera temprana.

También debe realizarse terapia endodóntica estratégica en piezas que aún no padecen sintomatología, pero que sean candidatos al tratamiento, como por ejemplo las que serán sometidas a tratamiento para alargamiento de corona y los dientes extruidos que deberán ser recortados para volverlos



o incorporarlos al plano oclusal, o bien en el caso de dientes que presentaran un problema de paralelismo al ser preparados, así como dientes que padecen lesiones furcales que serán sometidos a terapia resectiva. De cualquier modo el diagnóstico de estos dientes no es certero sino hasta el momento de la cirugía periodontal definitiva.

No todas las lesiones endodónticas pueden ser tratadas ya que hay dientes que su morfología no favorece al mismo y más bien deben ser considerados candidatos a extracciones estratégicas.

El paciente protésico-periodontal debe ser anticipado de probables complicaciones que pudieran presentarse y que deberá estar preparado para ello.

## **5. Terapia Ortodóncica**

En el plan de tratamiento del paciente protésico periodontal es frecuente la intervención del ortodoncista, ya que la relación de ambos arcos deberá ser considerada. Esta relación deberá ser evaluada de acuerdo a la posición del diente en relación a su alvéolo y en relación a los demás dientes del arco y su antagonista en el arco opuesto, y en base a la calidad del soporte periodontal de los dientes pilares. Las lesiones periodontales con un componente ortodóntico deben ser evaluadas para determinar su pronóstico.

La evaluación de la posición dentaria en relación a su alvéolo es importante. Idealmente un diente pilar debería estar localizado en dirección vertical a su alvéolo, con una buena relación intraarco y una buena relación interarco.

Cuando se considera una corrección ortodóntica el clínico debe determinar que tipo de movimiento requerirá para la corrección del problema. En un principio se aplicará un sólo tipo de fuerza. El movimiento ocurre en un sólo centro de rotación: el tercio apical del diente. Este tipo de movimiento puede activarse con el uso de aparatos removibles que se pueden anclar durante la terapia a la restauración provisional. Este tipo de movimientos suelen ser no tan complicados y son relativamente rápidos.

Antes de cualquier movimiento ortodóntico deben haberse realizado los tratamientos radiculares anteriormente descritos.

#### **6. Hemisección y Amputación radicular**

La resección radicular puede ser empleada como una forma de extracciones estratégicas para aliviar la proximidad radicular y estos son más usados en el manejo de dientes con lesiones furcales.

Cuando es claramente indicada, la resección radicular debe realizarse en una fase temprana del tratamiento para dar el máximo de tiempo al restablecimiento de los tejidos. Si una resección no está claramente indicada, el diente debe integrarse por completo a la terapia provisional de restauraciones protésicas y la resección vital debe ser hecha al tiempo de la cirugía periodontal definitiva.

#### **7. Colocacion de implantes oseointegrados.**

La colocación de los implantes oseointegrados en un paciente parcialmente desdentado es de especial interés. La

colocación de implantes oseointegrados puede utilizarse para:

- Proveer un pilar a distancia en ausencia de un diente distal.
- Actuar como pilar intermedio en brechas desdentadas amplias.
- Restaurar segmentos y no involucrar dientes adyacentes gravemente comprometidos.
- Proveer de soporte adicional y estabilizar la movilidad del pilar natural.
- Dar la alternativa de reemplazar la restauración protésica cuando se lleguen a perder los pilares naturales.

### **III. B Restauración y estabilización provisional**

En este capítulo es importante mencionar las características de la preparación cervical de los dientes pilares, antes de la estabilización provisional en sí.

Un aspecto importante de la restauración provisional es el de distinguir entre la preparación prequirúrgica y la preparación dental posquirúrgica o definitiva. Una correcta preparación prequirúrgica de los dientes, requiere que las terminaciones cervicales faciliten el buen ajuste de los provisionales y estos no se sobreextiendan.

La línea de terminación cervical prequirúrgica debe ser fácilmente identificada durante la elaboración de la prótesis provisional, esta deberá ser cuidadosamente realizada acorde al desgaste inicial y se realiza durante la fase inicial de la terapia. La línea de terminación cervical

de la preparación establecida en el momento prequirúrgico no será la línea de terminación final. La línea de terminación cervical escogida deberá realizarse a nivel de la cresta gingival, esta línea debe ser continua y brindar junto con el provisional una zona que favorezca la higiene y disminuya el acúmulo de placa.

La terminación cervical que se usará en la preparación prequirúrgica será filo de cuchillo, pues la idea de hacer chaflán u hombro implica un gran desgaste, por eso el filo de cuchillo deja tejido para la repreparación.

La relación de la terminación y la encía deberá tomarse en cuenta, se contraindica la terminación subgingival y se favorece la supragingival pues ayuda a la prótesis a su mantenimiento.

Si se elige hombro este no se podrá llevar demasiado abajo, lo más que se permite es un milímetro subgingivalmente, pues el acrílico autopolimerizable causa lesión al periodonto.

## **1. Restauración y estabilización provisional**

### **Estabilización de la movilidad dental**

La restauración provisional juega un papel importante en el mantenimiento del paciente protésico-periodontal y son colocados durante la fase final de la preparación inicial antes que la terapia quirúrgica, uno de los usos primario de la restauración provisional será estabilizar la movilidad dental.

Las Lesiones de movilidad que presenten los dientes deberán ser tratadas, al mismo tiempo se ferulizarán estos dientes para unirlos mecánicamente, y así obtener resultados favorables, mientras que la resistencia de un diente individual se disminuye considerablemente y estos dientes manifiestan excesiva movilidad dentaria lateral.

El ferulizado nos brinda una resistencia a fuerzas laterales gracias a su incorporación a una férula rígida. Estas férulas ofrecen un apoyo al periodonto pues estas férulas ofrecen dos maneras de soportar al diente, una es incorporando los dientes a la férula para combinar las superficies del área periodontal sometidas a esfuerzo y otra es actuar como línea fulcrum. Aunque las férulas permiten tener ventajas en el tratamiento de los dientes hay que tomar en cuenta las siguientes cuestiones:

- El número y la alineación de los dientes incluidos en ella.
- Distribución de los dientes dentro del arco.
- Patrón de movilidad de los dientes individuales.
- Dirección y magnitud de las fuerzas oclusales.
- Rigidez mecánica de la placa por si mismo.
- Fuerzas antagónicas.
- Dificultad para el C.P.P.

## **2. Establecimiento de la oclusión Fisiológica**

Es esencial para el control de las fuerzas oclusales sobre las restauraciones protésicas y los dientes pilares. Una oclusión fisiológica le brindará al paciente una confortable función y brindará armonía a los tejidos periodontales, a la articulación témporomandibular y a los músculos de la masticación. Los pacientes con enfermedad

periodontal avanzada han demostrado susceptibilidad del periodonto al soporte de aparatos con mala distribución de las fuerzas oclusales, pero puede responder favorablemente al establecimiento de una prótesis diseñada adecuadamente.

El primer objetivo de la oclusión fisiológica es la creación de una máxima intercuspidad que no de lugar a interferencias oclusales, esto es importante pues una interferencia oclusal representa un factor etiológico desencadenante de bruxismo, la prevención del bruxismo es esencial ya que las fuerzas generadas durante esta parafunción son más intensas que las generadas durante los movimientos funcionales de la mandíbula. La magnitud de esas fuerzas además de su duración vence la capacidad de soporte de los tejidos periodontales. Dando como resultado una lesión por trauma oclusal.

Un segundo objetivo es crear libertad en los movimientos mandibulares a partir de la máxima intercuspidad, eso ocurre por el establecimiento de la desoclusión de los dientes posteriores durante los movimientos de lateralidad y protrusión para los dientes anteriores. Esta guía anterior provee a la mandíbula de libertad en sus movimientos excursivos. En ausencia de caninos maxilares o cuando los pilares anteriores son débiles de rehabilitar o con una protección en función de grupo.

El tercer objetivo es recuperar la dimensión vertical, puesto que los paciente protésicos-periodontales en la mayoría de las veces presentan modificada esta relación, recordemos que es frecuente encontrar colapso de la oclusión posterior por esto es necesario recuperar la dimensión vertical.

### **C. Manejo periodontal definitivo**

La terapéutica periodontal tiene como más claro objetivo la eliminación de todos los factores etiológicos responsables de las alteraciones del tejido periodontal y que se vuelven reconocibles como enfermedad periodontal. La eliminación de los factores causales permiten la función fisiológica y el retorno a la salud de los tejidos de soporte.

Las alteraciones del tejido en la enfermedad pueden afectar el epitelio y el tejido conectivo, el hueso y el cemento. Clínicamente, la alteración esta señalada por cambios de color, forma y consistencia de la encía y por la formación de bolsas. Radiográficamente, el hueso de la cresta alveolar puede revelar diversos grados y formas de reabsorción. En el tratamiento resulta esencial conocer los defectos creados en la encía, hueso, cemento y ligamento periodontal.

La eliminación de bolsas, la creación de una relación armoniosa entre la encía y su estructura subyacente de hueso, y el establecimiento de una oclusión armoniosa contribuye al éxito del tratamiento de la enfermedad periodontal.

#### **Tratamiento quirúrgico de las lesiones periodontales.**

Las técnicas quirúrgicas periodontales incluyen lo siguiente:

- Cirugía gingival
- Curetaje subgingival
- Gingivoplastia
- Gingivectomía

- Cirugía ósea
  - Osteoplastia
  - Ostectomía
  - Operación infraósea

- Cirugía mucogingival
  - Frenillectomía
  - Injerto mucogingival libre
  - Colgajo deslizante apical
  - Colgajo deslizante lateral y sus variaciones

- Trasplante autógeno de hueso en el tratamiento de defectos óseos.

- Terapia de regeneración tisular guiada

#### **D. Fase protésica postquirúrgica**

Planificar significa buscar soluciones alternativas. Las alternativas presentan a su vez, básicamente, conceptos diferentes sobre la idea de soluciones. La elección definitiva de los medios protésicos se lleva a cabo en función de la decisión protésica. El plan terapéutico se comenta con el paciente. Junto a los aspectos funcionales, tanto los factores económicos como los estéticos desempeñan un papel importante. La habilidad al planificar, el empleo consecuente de los medios protésicos y la experiencia del odontólogo son en este caso esenciales.

La absoluta armonía en la combinación de los medios empleados posee una importancia decisiva.



Fase protésica:

1. Preparación dentaria final.
2. Diseño de la prótesis.
3. Prueba de biscocho.
4. Cementación temporal.
5. Cementación final.

#### **1. Preparación dentaria final**

Posterior a la terapia quirúrgica periodontal se provee un periodo de restablecimiento de entre 8 a 10 semanas, para dar comienzo a las preparaciones finales.

En las preparaciones finales se tomará en cuenta factores determinantes morfológicos y mecánicos.

#### **Determinantes Morfológicos**

Se consideran determinantes morfológicos de cada uno de los dientes pilares la longitud del diente, su posición dentro del arco y su anatomía radicular.

La preocupación inicial para los dientes que han ser usados como pilar, es crear un vía común de inserción, o sea crear el patrón de inserción. Esto es difícil en los casos en que los dientes son demasiado largos. En cuanto a la posición del diente nos encontramos con raíces próximas y un espacio interproximal mínimo, por ello se deberá crear un espacio suficiente para las papilas interdetales. Por otro

lado la anatomía radicular dicta la línea de acabado que circunscribirá a la raíz.

### **Determinantes Mecánicos**

Dentro de este grupo se encuentran los factores que determinan la preparación del diente de acuerdo al tipo de restauración que se utilizará como son las coronas telescópicas aditamentos y técnica post-soldadura.

Cuando se utilicen aditamentos, se elaborará un hombro en las zonas distales de los dientes pilares. No así cuando se utilicen coronas telescópicas en este caso se hará la mayor reducción posible de tejido dentario. En cuanto a la técnica post-soldadura, la determinará el patrón de movilidad de los dientes y la necesidad de una restauración rígida.

## **2. Diseño de la prótesis**

Antes de hablar del diseño de la prótesis cabe mencionar que casi todos los objetivos requeridos para prótesis final deben ser cumplidos por las restauraciones provisionales realizadas.

En estos pacientes se deberán hacer algunos ajustes en el diseño de las restauraciones para mantener la relación armónica propia entre el diente y las estructuras de soporte. El dentista debe reconocer el tipo de arquitectura gingival y diseñar los contornos gingivales necesarios para la óptima salud de este tejido.

Cuando los contornos restaurados no son adecuados para el tejido, los signos iniciales de desequilibrio ocurrirán en pocas semanas. Se presentará gingivitis, y/o periodontitis y la hiperplasia pueden tener lugar.

Weisgold ha descrito estos cambios en periodos cortos de tiempo, dónde la recesión gingival seguirá a la colocación de una corona sobrecontorneada.

### **Diseño del metal**

Existen dos factores importantes a tomar en cuenta en el diseño y la selección de los dientes pilares, el primero es la longitud de los espacios edéntulos y el segundo son las fuerzas antagónicas ejercidas sobre dichos espacios. Estos factores deben considerarse en el diseño por un principio de ingeniería descrito por Smyd. El explica que bajo la aplicación de una fuerza a una viga, la deflexión de dicha viga es directamente proporcional al cubo de la longitud e inversamente proporcional al cubo de la anchura. Existen dos variables básica al aplicar el principio de Smyd a una situación dental. El primero es el número de pñnticos en el tramo, el duplicar el número de pñnticos en un tramo resulta en un potencial de flexión para el tramo en no dos, sino ocho veces mayor. De igual manera, si la longitud del tramo es triplicada, la flexión sería veinte y siete veces más grande.

Este efecto se podrá resolver al diseñar el metal de la prótesis, esto es aumentando la dimensión ocluso-gingival del área del conector y si es necesario se deberá extender el metal al área oclusal para proveer la cantidad máxima de metal.

La segunda variable en la fórmula de Smyd es la fuerza en el tramo del puente. Esta fuerza puede variar pues no será igual la fuerza ejercida por dientes naturales, o por prótesis removibles o fijas o combinadas. Por esta razón si un conector no es diseñado adecuadamente, ocurre la flexión del metal, puede pasar una combinación de sucesos, primero, la flexión del metal puede llevar a una fractura de la porcelana o rompimiento de la estructura de metal.

Por consecuencia, cuando se rehabilite un tramo se deberá evaluar en términos de longitud y altura y la naturaleza de las fuerzas oclusales antagónicas.

#### **Estabilización de los pilares y segmentación del metal**

Uno de los problemas más frecuentes en el diseño de restauraciones protésicas es el de poder tomar como pilares dientes que presentan movilidad o que requieren de ser ferulizados, es conveniente usar aditamentos que puedan ser colocados para conectar las secciones adyacentes en caso de usarse, las porciones ferulizadas de estos deberán colocarse en los segmentos anteriores para un efecto estabilizador máximo.

Pacientes con patrones de movilidad más severa, requieren de estabilización del arco completo o bilateral. Estos casos requieren métodos de fijación más rígida. Una forma de obtener el grado necesario de estabilización es usando una restauración metal porcelana y el uso de conexiones post-soldadura. Esta nos permite el poder segmentar la prótesis y un ferulizado de arco completo.

La colocación de porcelana en las caras oclusales nos permitirá corregir pequeños errores que se detecten después de la restauración. Estos errores se pueden corregir con el uso de porcelana de baja fusión.

### **3. Prueba de bizcocho**

#### **Evaluación del ajuste de la restauración**

Después de colocar porcelana al metal, se evalúa la restauración intraoralmente, pues puede ocurrir distorsión del metal durante la colocación de la porcelana. Cualquier desajuste debe ser corregido. Los pñnticos que se extiendan apicalmente pueden provocar isquemia en el tejido blando, esta corrección también se deberá hacer.

Al mismo tiempo también se evaluará la oclusión y la dimensión vertical. La oclusión será ajustada para que las excursiones laterales y protrusivas puedan ser hechas libremente, sin interferencias.

Se deberá de proveer un espacio para la papila interdental sin modificar la estética de la restauración pero sí dejando suficiente espacio para no comprimir la papila. El proceso final de esta cita es el notar si existen correcciones o alteraciones adicionales a la porcelana.

#### **4. Cementación temporal**

La restauración es insertada con cemento temporal y dejada por un período de uno a dos meses, para evaluar bien todos los aspectos. Los contornos sub y supra gingivales de los retenedores y la forma oclusal y la función pueden ser evaluados y afinados para prevenir el desgaste antes de pegar con cemento de mayor fuerza. Esta fase permite la fácil remoción de la restauración si ocurriesen problemas, y le da al paciente la sensación de seguridad.

#### **5. Cementación final**

Existen dos cementos: fosfato de zinc, óxido de zinc; que son usados para cementación final de restauraciones periodontales protésicas.

Casos con un mínimo número de pilares o con tramos amplios entre los pilares se cementan con frecuencia con fosfato de zinc, este cemento de fosfato de zinc también es el mejor en casos de pilares con altura mínima. También en casos con coronas telescópicas cementadas a retenedores, este cemento puede ser usado.

El ZOE, cuando es usada con coronas telescópicas alargadas provee una adecuada retención entre la superestructura y la estructura. La necesidad de remover la superestructura es frecuente en casos del uso de coronas telescópicas, y es frecuente también el uso de cemento de fosfato de zinc para pegar las coronas a los pilares.

El óxido de zinc y el ZOE pueden ser usados como cementación final. En los tratamientos protésicos-

periodontales, se pueden apreciar pilares alargados, con preparaciones paralelas y extremo paralelismo entre los pilares, estos factores acrecentan la retentividad de la restauración, y utilizando el ZOE nos brinda una buena cementación.

Este cemento tiene tres ventajas sobre el fosfato de zinc. Primero, es paliativo a la pulpa, este cemento actúa como disminuyente de la sensibilidad del diente, segundo, el ZOE se adapta mejor al diente y tiene menor solubilidad en los ácidos orgánicos. Tercero, las resinas muestran una resistencia al estrés que va de 60% a 80% mayor que la de fosfato de zinc, usualmente ofrecen al odontólogo la posibilidad de eliminar la restauración para ajustes o reparaciones en caso de ser necesarias. Esto es casi imposible con el cemento de fosfato de zinc.

#### **E. Fase de Mantenimiento**

##### **El paciente como coterapista**

Seguido de la inserción de la restauración, el paciente es ubicado en un programa de mantenimiento, en el cual su papel es ser coterapista. Sin la aceptación del paciente de las responsabilidades del mantenimiento de su restauración los esfuerzos de otros miembros del equipo están condenados al fracaso. Los pacientes no deben ser guiados a un falso sentido de seguridad al hacerles creer que han sido curados de enfermedades dentales. Han mostrado una sensibilidad a la enfermedad periodontal en el pasado y deben comprender que sin esfuerzos continuos en el control de placa la reconstrucción puede fallar. Nyman y Lindhe han mostrado que

es posible prevenir la gingivitis y otras enfermedades periodontales en paciente que fueron sujetos a programas de higiene.

#### **Programa de revisión.**

#### **Evaluación periodontal.**

El periodoncista debe asumir la responsabilidad de raspados y alisados radiculares, educación al paciente y evaluación de la higiene bucal del paciente y las respuestas del tejido. La revisión periódica de los tejidos duros y blandos es necesario ya que se pueden presentar problemas potenciales y se desea prevenirlos. Los enjuagues de clorhexidina, cepillado, hilo dental, enhebradores, etc., deben ser incorporados al programa de mantenimiento preventivo.

#### **Evaluación protésica.**

El paciente debe ser visto por el Dentista en una base de 3 a 4 meses alternando entre prostodoncistas y el periodoncista, para fomentar la responsabilidad del paciente en el correcto mantenimiento del estado de los pilares, la estabilidad de las prótesis debe ser evaluada en el estado oclusal. En conjunto con esto, cualquier recaída recurrente debe ser notada y tratada. El ajuste y retención de los aditamentos deberá ser evaluada, así como la estabilidad total y ajuste de cualquier prótesis removible. Y esto debe ser logrado antes de que el desajuste de la prótesis ponga en juego la estabilidad de nuestros tratamientos.



La fase de revisión de la terapia, señala el comienzo de una forma diferente de terapia preventiva, la cual se espera será usada por muchos años para mantener la dentición existente en un paciente, con salud.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## CONCLUSIONES

Se ha visto que la terapia utilizada en pacientes que requieren rehabilitación protésica periodontal ha sido integral, para poder brindar un tratamiento adecuado.

La integración multidisciplinaria nos brinda una perspectiva más amplia del control y manejo que podamos ofrecer al paciente. El saber que el plan de tratamiento estará ejecutado por especialistas que brindarán una atención adecuada en cada una de las disciplinas en los tratamientos requeridos, siempre esperando que el beneficio de los resultados obtenidos sea para el paciente.

Esto nos proporciona más certeza del éxito de nuestro trabajo, pero no hay que olvidar que también se debe brindar una fase de mantenimiento que igualmente estará instaurada por cada integrante del equipo médico que dio tratamiento al paciente.

Esta fase de mantenimiento se extenderá todo el tiempo que sea necesario para que el paciente obtenga una rehabilitación efectiva y ésta se mantenga.

Es conveniente, que durante la fase operativa, el paciente recurra a los medios adecuadamente instruido para mantener su higiene bucal convencional, un aliado importante es la clorhexidina al 0.12%, enjuague que nos brindará excelente apoyo, sobre todo, recordando la efectividad de éste fármaco para tratar la gingivitis y valioso auxiliar en la terapia periodontal.

Es conveniente resaltar, que el pacientes protésico-peridontal, estarán dentro de una clasificación que reclama o requiere múltiples condiciones que debemos formar un equipo común, tanto con los protesistas, endodoncista, operatoria restaurativa, periodoncista, para primero plantear las distintas alternativas y cuando incluye la terapia, el paciente debe estar estrechamente vigilado para evitar recidivas o daños mayores, esto implica, tiempo, dedicación, costos.

## BIBLIOGRAFIA

De Ingle, John; Tantor, Jerr F. "Endodoncia" Editorial Interamericana, México D.F. 1988.

Graber, George; Besimo, Cristian; Wichl, Peter "Atlas de Prótesis Parcial", Ediciones Científicas y Técnicas Salvat, Segunda Edición, Barcelona 1993.

Grant, D. A, Stern, I; Listgarten, M. " Periodontics; sexta edición, The C. U. Mosby compañy; Washington D.C, 1988.

Grieder, Arthur; Cinotti William R. "Prótesis Peiodontal" Tomo I y II; Editorial Mundi, Argentina 1973.

Lindhe, Jan "Periodontología Clínica" Editorial Panamericana, México D.F. 1991.

Melsen, B; Agerbaek. N. " Orthodontics as an adjunct to Rehabilitation;" Periodontology 2000 vol. 4 1994 pp. 148-159.

Nyman, S. Lang, N. "Tooth Mobility and the Biological Rationale for Splinting theeth". Periodontology 2000 vol.4 pp. 15-22 1994

Rosenberg, Marvin M.; Bas, Howard B.; Keuz, Bernard B.; Hort, Robert L. "Periodontal and Prosthetic Management for Advanced Cases" Quintessence Publishing Co. Inc. 1988.

Matarazzo, Casilio D.; "Preparación y Restauración de dientes multirradiculares con lesión en furca" Quintessence Publishing Co. Inc 1988.

Schluger, S; "Periodontal Diseases," segunda edición Edit. Leal & Febliker 1990

Shillingburg, Herbert T. Whitsett, Lowel D. "Fundamentos de Prostodoncia fija" Editorial La Prensa Médica Mexicana; México D.F. 1983.

Smith, Bernara G.N. "Planificación y confección de coronas y puentes" Segunda Edición, Editorial Salvat Barcelona España 1991.