



186
25

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CONSIDERACIONES PERIODONTALES
EN PROTESIS FIJA**

T e s i s a

Que para obtener el título de
Cirujano Dentista
presenta

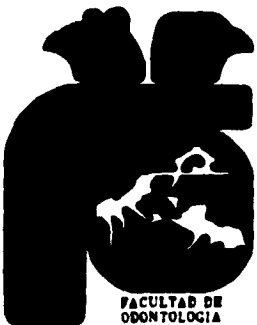
ARTEMISA JUAREZ ZAVALA

Asesor:

C. D. Francisco Javier Diez De Bonilla Corderón

MÉXICO, D.F.

1995



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.

DEDICATORIAS

A mis padres

Gracias por todo el apoyo y comprensión que recibí durante mi carrera profesional y que sin ustedes no hubiera podido llegar hasta el final.

LOS QUIERO MUCHO

A mi hermano

Mil gracias por ayudarme a superar y porque se que en tí encuentro no sólo a un hermano sino también a un gran amigo.

TE QUIERO

C.D. P.M.F. y O. Dr. Juan Serralde Flores

Gracias por ayudarme a culminar esta carrera profesional y sobre todo por el gran amor que existe entre nosotros ya que eres muy importante en mi vida y le pido a Dfos que siempre nos mantenga juntos. Recuerda que siempre estarás en mi corazón.

TE AMO

Ariadna Serralde Juárez

Aun que estas muy chiquita quiero dedicarte este trabajo ya que has sido un motivo muy importante para seguir adelante y luchar por tí.

TE AMO HIJA

A todos mis familiares, tíos, primos, a mis suegros, y a mis cuñadas Alma, Edith y Vane por el apoyo que recibo de ustedes.

GRACIAS.

CONSIDERACIONES PERIODONTALES PARA LA PROTESIS FIJA

INTRODUCCION

Capítulo I

PERIODONCIA

- a) Periodonto, encía, unión dentogingival.
- b) Ligamento periodontal/cemento, proceso alveolar.
- c) Salud periodontal y enfermedad periodontal.

Capítulo II

ENFERMEDADES DEL PERIODONTO

- a) Gingivitis y periodontitis.
- b) Etiología de la enfermedad periodontal.
- c) Depósitos dentales y control de placa.
- d) Saco periodontal.
- e) Prevención de enfermedad periodontal.
- f) Uso de cepillo dental.
- g) Uso de hilo dental.

Capítulo III

CONSIDERACIONES ESPECIFICAS DE PERIODONCIA EN PRÓTESIS FIJA

- a) Exámen clínico.
- b) Sondaje, movilidad.
- c) Estudios radiográficos.
- d) Hábitos.
- e) Preparación de los tejidos.

Capítulo IV

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

- a) Fisioterapia oral
- b) Preparación de tejidos orales.
- c) Cirugía.
- d) Preparación final de los tejidos.

Capítulo V

ASPECTOS PERIODONTALES EN OCLUSIÓN

- a) La oclusión y su efecto sobre el periodonto.
- b) Trauma oclusal con gingivitis y enfermedad periodontal.
- c) Colocación de los márgenes de la restauración.
- d) Diseño de ponticos en prótesis fija.

Capítulo VI

MÉTODOS FIJOS DE ESTABILIDAD

- a) Puentes Maryland.
- b) Prótesis fija de acrílico (provisional).
- c) Determinación de los anclajes.
- d) Determinación del pronóstico.
- e) Mantenimiento.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

Es de vital importancia el poder brindar a nuestros pacientes una terapéutica completa e interdisciplinaria, por mucho tiempo se ha conocido a la enfermedad periodontal como la causa del fracaso en tratamientos rehabilitadores; es por eso que debemos tomar mayor interés en las características clínicas mínimas que debe reunir nuestros tejidos para poder realizar cualquier tipo de rehabilitación. El reconocimiento oportuno, es como en todas las enfermedades prevenibles y de gran importancia para la terapéutica óptima. Aquí la responsabilidad es del facultativo el poder brindar un adiestramiento más encaminado en cuanto a diagnóstico y plan de tratamiento.

En la fabricación de toda prótesis fija es de fundamental importancia el poder determinar el estado periodontal de los dientes pilares que estén implicados. El éxito de una rehabilitación no solo depende del diseño del mismo, o del tipo de material utilizado, sino mucho tiene de importancia el poder crear o tener como pilares tejidos óptimos o sanos.

El objetivo de este trabajo es crear una visión más amplia sobre la relación y conocimiento que se deben de tener en diferentes áreas interdisciplinarias. Crear nuevas alternativas de tratamiento, así como mantener un estado sano los tejidos una vez rehabilitado el paciente.

CAPITULO I
PERIODONCIA

PERIODONTO

El periodonto es una estructura de tejido conectivo insertado al periostio de la mandíbula y el maxilar que sirve para anclar los dientes a los procesos alveolares. Aporta inserción soporte, nutrición, síntesis, resorción y mecanorrecepción.

El principal elemento del periodonto es el ligamento periodontal, que consta de fibras colágenas (fibras de Sharpey) alojadas en el hueso y cemento y que sostiene al diente en su función.

Estas fibras siguen un trayecto ondulado y terminan en el cemento o en el hueso. Existen cinco grupos principales de fibras que atraviesan el espacio entre la raíz dental y el hueso alveolar, proporcionando inserción y soporte.

1.-FIBRAS TRANSEPTALES. Se extienden interproximalmente entre dientes adyacentes, y sus terminaciones están alojadas en cemento.

2.-FIBRAS DE CRESTA ALVEOLAR. Comenzando en posición inmediatamente apical a la inserción epitelial, se extienden desde el cemento hasta la cresta alveolar.

3.-FIBRAS HORIZONTALES. Siguen un curso en ángulo recto desde el cemento hasta el hueso alveolar.

4.-FIBRAS OBLICUAS. Se extienden apicalmente en dirección oblicua estas fibras insertan el cemento al hueso alveolar. Son las fibras mas numerosas.

5.-FIBRAS APICALES. Irradian desde el cemento hasta el hueso alveolar en el ápice radicular.

También existen fibras colágenas más pequeñas que se disponen irregularmente entre los principales grupos fibrosos; y además el ligamento periodontal contiene fibras elásticas, así como fibras de oxitalán.

Los elementos celulares que se encuentran en el ligamento periodontal incluyen fibroblastos (la principal célula de síntesis, que producen colágeno y otros proteoglicanos), cementoblastos, cementoclastos, osteoblastos y osteoclastos (que mantienen la viabilidad de sus tejidos respectivos), mastocitos y restos epiteliales (que desempeñan un papel en las enfermedades del periodonto).

ENCÍA

La encía normal, es rosa y presenta un punteado. Tiene una anchura variable que oscila entre 1 y 9 mm., y se extiende entre el margen libre de la encía y la mucosa alveolar.

La encía y la mucosa alveolar están separadas por una demarcación denominada unión mucogingival, que señala la diferenciación entre el tejido queratinizado punteado y la mucosa brillante lisa, esta última conteniendo más fibras elásticas en su tejido conectivo. Apicalmente a la unión mucogingival, la mucosa alveolar forma entonces el vestíbulo y se inserta a los músculos y fascia de labios y mejillas.

La encía consta de tres partes:

1. Encía libre (marginal) que se extiende desde el sector más coronal de la encía hasta la inserción gingivoepitelial con el diente.
2. Encía adherida, que se extiende desde el nivel de la inserción epitelial hasta la unión entre la encía y la mucosa alveolar.

3. **Papila interdental, proyecciones triangulares de encía que rellena el área entre dientes adyacentes y que constan de un componente bucal y uno lingual separados por una concavidad central (el valle).**

Es un surco gingival libre una depresión en forma de V sobre la superficie labial o bucal de la encía al nivel o ligeramente apical a la inserción epitelial del diente. No siempre es clínicamente aparente, pero se puede observar histológicamente puede servir como punto de referencia para dividir la encía libre de la encía insertada labial o bucal.

La encía consta de fibras colágenas densas, en ocasiones denominadas ligamento gingivodental, que se puede dividir en grupos alveologingival, dentogingival, circular, dentoperiosteal y transeptal. Estas fibras insertan firmemente la encía a los dientes y se continúan con el periostio alveolar subyacente.

UNION DENTOGINGIVAL

En la base del surco gingival se encuentra la interfase epiteliodiente, también conocida como unión dentoqingival. La relación ultraestructural entre los tejidos duros y blandos es única en el organismo. A nivel ultra estructural consta de hemidesmosomas y una lamina basal, que anclan las células epiteliales al esmalte y a la superficie del cemento.

La profundidad es variable en individuos sanos, siendo en promedio 1.8 mm., en general, cuanto mas superficial es, mas probable es que la encía este sana. Profundidades de surco de hasta 3 mm. se considera mantenible. El mantenimiento continuo de la encía en un estado de salud depende de un surco superficial firme, que a su vez depende de un control de placa optimo que asegure el éxito de la terapia periodontal, además de ofrecer un buen pronostico para tratamiento restauradores posteriores.

LIGAMENTO PERIODONTAL

El ligamento periodontal es un tejido conectivo denso que se desarrolla durante la etapa embrionaria que une el diente al hueso alveolar. Su función fundamental es mantener el diente en el alvéolo y mantener la relación fisiológica entre el cemento y el hueso. También tiene propiedades nutritivas defensivas y sensoriales.

FIBRAS PRINCIPALES. El ligamento periodontal contiene fibras colágenas que se insertan de un lado en el cemento y del otro lado en el hueso alveolar. Estas fibras se organizan en grupos denominados haces de fibras principales, que se distinguen por sus direcciones prevaletientes:

- 1.- **GRUPO DE CRESTA ALVEOLAR:** Se abren en forma de abanico desde la cresta del proceso alveolar y se hallan insertados en la parte cervical del cemento.
- 2.- **GRUPO HORIZONTAL:** Forman un ángulo recto respecto al eje mayor del diente, y van del cemento al hueso.
- 3.- **GRUPO OBLICUO:** Corren oblicuamente y se insertan en el cemento algo apicalmente a su inserción en el hueso, estos haces de fibras son los más numerosos y constituyen el sostén principal del diente contra las fuerzas masticatorias.
- 4.- **GRUPO APICAL:** Se distribuyen irregularmente, se abren en forma de abanico desde la región apical de la raíz hasta el hueso circundante.
- 5.- **GRUPO INTERRADICULAR:** Este grupo corre sobre la cresta del tabique interradicular en las furcaciones de los dientes interradiculares, uniendo las raíces y las comúnmente denominadas fibras transeptales.

La disposición y dirección de las haces de fibras se relacionan con la fase de la erupción y la altura de la cresta alveolar.

IRRIGACIÓN E INERVACION: El aporte sanguíneo del ligamento periodontal proviene de ramas de las arterias alveolares que penetran en los tabiques interdentarios por los canales nutricionales.

Los impulsos nerviosos mecanorreceptivos se originan en el ligamento periodontal e influyen en el funcionamiento de los músculos de la masticación. Estos impulsos son de gran importancia en la coordinación de los movimientos de los músculos masticatorios y también al proporcionar mecanismos de realimentación que impiden el cierre demasiado intenso de los maxilares y la consiguiente lesión del periodonto.

CEMENTO

El cemento es tejido conectivo especializado, calcificado, que cubre la superficie de la raíz anatómica del diente. Su función principal es fijar las fibras del ligamento periodontal a la superficie del diente.

Gottlieb afirmó que la aposición continua de cemento es necesaria para el mantenimiento de un periodonto sano.

El cemento comienza a formarse durante las primeras fases de la formación de la raíz. La vaina epitelial de Hertwig es perforada por los precementoblastos, que son diferentes de los otros fibroblastos del ligamento periodontal. Estas células se ubican cerca de la dentina y depositan la primera capa de cemento. La formación del cemento continúa mediante el depósito de sucesivas capas de cemento.

CEMENTO PRIMARIO Y SECUNDARIO

El cemento se clasifica como primario y secundario. La cementogénesis inicial concluye cuando las raíces quedan completamente formadas y la vaina de Hertwig ha sido gastada. El cemento inicialmente depositado, o primario, es acelular y es relativamente afibrilar, aunque contiene finas fibras que se extienden radialmente desde la dentina hasta la superficie. Los depósitos progresivos posteriores de cemento sobre la capa primaria son denominados cemento secundario. El cemento secundario puede ser celular o acelular y contienen muchas fibras de colágeno incluidas asemejándose así al hueso fasciculado

fibroso, el cemento celular secundario se forma principalmente en el tercio apical de la raíz, mientras que el cemento acelular se forma en los dos tercios coronarios.

CEMENTOIDE: La superficie del cemento secundario se halla cubierta por la capa de más reciente formación que aún no está calcificada, cuando se calcifica esta capa, a su vez es cubierta por una capa de cementoide formada de nuevo.

CEMENTO EXPUESTO: Cuando el cemento queda expuesto, y forma parte de la corona clínica, es frecuente que sea eliminado durante el raspado o alisamiento radicular.

CEMENTOCITOS: Si el cemento secundario es celular, contienen cementocitos, que se hallan en lagunas, a semejanza de los osteocitos en el hueso. Se forma por depósitos intermitentes, aunque continuos de nuevas capas.

PROCESO ALVEOLAR

HUESO ALVEOLAR PROPIAMENTE DICHO Y HUESO DE SOPORTE: El proceso alveolar es la parte del maxilar superior e inferior que forma y sostiene los dientes. Como consecuencia de la adaptación funcional se distinguen dos partes en el proceso alveolar. El hueso alveolar propiamente dicho y el hueso de soporte. El hueso alveolar propiamente dicho es una delgada lámina de hueso que rodea las raíces, en ellas se insertan las fibras del ligamento periodontal. El hueso de soporte rodea la cortical ósea alveolar y actúa como sostén en su función.

El hueso de soporte se compone de 1) Placas corticales compactas de las superficies vestibulares y oral de los procesos alveolares y 2) El hueso esponjoso que se halla entre estas placas corticales y el hueso alveolar propiamente dicho.

La cual está perforado por muchos orificios a través de los cuales pasan los vasos sanguíneos y los nervios del ligamento periodontal también se llama lámina cribiforme, por la presencia de estas perforaciones.

El hueso alveolar se adapta a las demandas funcionales de los dientes de manera dinámica. Se forma con la finalidad expresa de sostener los dientes, y después de la extracción tiene tendencia a reducirse, como también lo hace el hueso de soporte.

SALUD PERIODONTAL

La necesidad de una terapia periodontal preventiva se presenta en dos circunstancias. La primera, cuando la boca del paciente se halla totalmente libre de síntomas del mal; la segunda cuando se ha terminado una terapia correctiva y se desea evitar la recurrencia de la enfermedad.

En el primero de los casos se deberá realizar una pequeña historia clínica para comprobar que la ausencia de síntomas visibles es un estado permanente

Se procederá a realizar algunas pruebas simples. como hacer presión sobre las encías, examinar el margen cervical para comprobar si existe alguna retracción de la encía examinar el color del tejido gingival explorar la posible existencia de bolsas o surcos incipientes que pudieran servir para acumular placa.

Si se comprueba que el paciente se encuentra totalmente libre de todos estos signos, y si reporta que no ha tenido cambios en su condición bucal en los últimos tiempos, entonces se deberá instaurar el programa preventivo mas sencillo.

El objetivo en este caso es reducir al mínimo posible, y luego mantener en dicho nivel la presencia de placa en la boca; también es preciso eliminar las acumulaciones de calculo, y establecer un programa de visitas periódicas de control para detectar los síntomas mas precoces de la enfermedad al poco tiempo de su aparición .

En pacientes que no tienen signos de enfermedad periodontal ni registran antecedentes de ninguna clase, parecería lógico recomendar visitas sumamente espaciadas, como por ejemplo cada dos años; sin embargo, es pecioso señalar que la edad del enfermo va determinando cambios de relativa importancia en su medio ambiente bucal que, de manera sorpresiva, pudieran desencadenar un proceso patológico periodontal.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Se emplea para definir cualquier estado del periodonto diferente de lo normal. Cubre estados patológicos como la hiperplasia gingival, periodontitis juvenil (conocida como periodontosis) y gingivitis ulcerativa necrosante aguda todas ellas entidades clínicas diferenciadas que justifican un tratamiento específico.

La enfermedad periodontal debe reconocerse y tratarse antes de emprender algún tratamiento con prótesis fija, de forma que se pueda determinar los niveles hísticos gingivales para la correcta aplicación de márgenes y desplazamiento gingival.

La exposición se limitara a la etiología y progresión de la lesión inflamatoria de la gingivitis-periodontitis, que constituye el cuerpo de los transtornos patológicos que se encuentran en la odontología restauradora.

CAPITULO II

ENFERMEDADES PERIODONTALES

GINGIVITIS

DEFINICION. Gingivitis es la inflamación de la encía microscópicamente, la gingivitis se caracteriza por la presencia de exudado inflamatorio y edema en la lámina propia gingival, cierta destrucción de fibras gingivales, ulceración y proliferación del epitelio del surco.

Las características clínicas sobresalientes son los cambios de color y la forma de los tejidos y sengrado. La inflamación puede ser aguda o con mayor frecuencia, crónica, y puede haber hiperplasia, ulceración, necrosis.seudomembranas y exudado purulento y seroso. Las lesiones pueden ser localizadas o generalizadas.

Al examinar la encía, es preciso tener presente el cuadro de lo que es la encía "normal". Con esta guía es fácil observar la extensión de la reacción inflamatoria, la distribución de las lesiones (si afecta a la encía papilar, marginal o insertada) y el estado de la inflamación (aguda o crónica).

La gingivitis aguda presentara una encía rojo brillante que suele estar ulcerada,hemorrágica y en ocasiones dolorosa. El dolor, las úlceras y la hemorragia se ven en casos de absceso gingival infección de Vincent, ginivitis estreptococica, plasmacitosis o heridas gingivales,y a veces se observan en la gingivitis de embarazo, discracias sanguíneas! deficiencias nutricionales como por ejemplo la vitamina C y desequilibrios endócrinos.

La inflamación crónica se suele presentar junto con agrandamiento de tejido. La encía es de color majenta; o puede ser más fibrosa y no tan hemorrágica como en la inflamación aguda. como regla es indolora.

Una vez observado el estado y el grado de inflamación es factible establecer si la gingivitis es hiperplásica , ulcerativa, neurótica o pseudomembranosa, puede haber exudado purulento.

BOLSAS PARODONTALES. Es cuando el surco gingival se profundiza por efecto de la enfermedad. En la gingivitis, el aumento de la profundidad puede ser causado por el agrandamiento coronario del margen gingival, como consecuencia de edema o de hiperplasia fibrosa inflamatoria.

PERIODONTITIS

La periodontitis prepuberal y la periodontitis juvenil son dos formas de enfermedad periodontal posibles de hallar en niños y en adultos jóvenes. Varias enfermedades se presentan en una variedad localizada y en una variedad generalizada. La periodontitis prepuberal afecta a la dentición temporal, pero la enfermedad inflamatoria puede subsecuentemente diseminarse por el periodoncio de los dientes permanentes. La periodontitis juvenil es un trastorno periodontal que afecta solamente a la dentición permanente.

PERIODONTITIS PREPUBERAL

La variedad generalizada de periodontitis prepuberal a menudo es un trastorno rápidamente progresivo, que no solo lleva a menudo a una pérdida prematura de la dentición temporal, sino que también puede pasar a la dentición permanente.

La periodontitis prepuberal generalizada se asocia con inflamación gingival, intensa proliferación de tejido gingival; recesión gingival o formación de dehiscencias, y una extensa y rápida destrucción del hueso alveolar.

La forma localizada de periodontitis prepuberal es menos llamativa que la variedad generalizada. Con frecuencia; la periodontitis prepuberal localizada afecta únicamente los tejidos del periodoncio a nivel de uno o dos de los molares temporales. Los tejidos gingivales de los sitios afectados en niños con periodontitis prepuberal localizada muchas veces sólo muestran signos clínicos moderados de inflamación, pero las bolsas periodontales profundas y la pérdida ósea localizada son los rasgos dominantes de la enfermedad. Mientras que los niños con periodontitis prepuberal generalizada suelen tener una historia de otitis media e infecciones de vías aéreas superiores recurrentes, los niños

con periodontitis prepuberal localizada no parecen ser particularmente sensibles a las infecciones recurrentes.

PERIODONTITIS JUVENIL.

La periodontitis juvenil es una enfermedad del periodoncio que ocurre en adolescentes y se caracteriza por la pérdida rápida de inserción de tejido conectivo y de hueso alveolar en más de una pieza de la dentición permanente. Se divide en dos la localizada y la generalizada.

La periodontitis juvenil localizada afecta a los primeros molares y a los incisivos permanentes y a no más de una o dos piezas permanentes adicionales.

La periodontitis juvenil generalizada es más extensa, ya que compromete a los primeros molares y a los incisivos permanentes así; como también a otros dientes en otros segmentos de la boca.

En 1971 Baer describió a la periodontitis juvenil como una entidad clínica bien definida, diferente a la enfermedad periodontal del adulto. Sugirió que este particular forma de enfermedad periodontal:

- 1) Se inicia cuando los jóvenes tienen entre 11 y 13 años
- 2) Afecta más a las niñas que a los varones.
- 3) Parece tener tendencia familiar.
- 4) La encía en torno de la pieza dentaria enferma puede tener textura y color normales
- 5) Existen bolsas periodontales profundas en una o más superficies de la pieza afectada.

6) En las lesiones iniciales son poco comunes los grandes depósitos de tártaro subgingival.

7) La longitud de la destrucción periodontal observada en los sitios afectados no es proporcional con la cantidad de irritantes locales presentes.

8) Pueden observarse radiográficamente pérdidas óseas angulares en los primeros molares e incisivos. En las regiones molares frecuentemente la pérdida ósea es bilateral.

9) Progresa rápidamente, lo cual significa que dentro del periodo de 4 a 5 años a partir de la iniciación del proceso puede estar afectado el 50-75% del aparato de inserción del diente afectado, con lesión inflamatoria.

TRATAMIENTO.

Puede recomendarse el siguiente tratamiento para la periodontitis juvenil localizada:

1.— Tratamiento periodontal convencional con desatarrado y alisamiento radicular integral, preferentemente en conjunción con cirugía periodontal para ganar acceso a las superficies radiculares afectadas. control postoperatorio de la placa, realizado y monitoreado cuidadosamente.

2.— Tres meses después del tratamiento periodontal- monitoreo de la flora microbiana subgingival en busca de *A. actinomycetemcomitans* y otras bacterias potencialmente patógenas.

3.- Uso de antibioticoterapia en casos con infecciones tratamiento con un agente antimicrobiano debe ser de corta duración intensivo y pretendidamente óptimo para erradicar a los componentes patogénicos de la microflora subgingival. El clorhidrato de tetraciclina por vía sistémica puede eliminar infecciones por *A. Actinomycetemcomitans*.

4.- A los tres meses de haber concluido el tratamiento antimicrobiano, control microbiológico de la eficacia del tratamiento.

ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

La etiología comprende el acervo de conocimientos relacionados con las causas de una enfermedad. La imagen que se presentaba sobre la etiología de la enfermedad periodontal inflamatoria y gingival consistía en una interacción sumariamente complicada de factores bucales locales con factores sistémicos, emocionales y ambientales.

Se considero que los depósitos dentarios locales eran de gran importancia en la etiología de la enfermedad crónica de las encías y del hueso alveolar, y que la eliminación de estos depósitos, junto con la extracción dentaria, resultaba ser el método empleado con mayor frecuencia para el tratamiento.

La complejidad del problema etiológico que es el resultado, en parte del énfasis dado a los factores sistémicos y que en gran medida permanece aun sin resolver hasta nuestros días. Así, a principios de siglo XIX se había afirmado que casi todas las fasetas de la condición humana constituían un factor etiológico de la enfermedad. Talbot concluyo que, todo lo que irrite la membrana periodontal es susceptible de provocar la lesión bajo consideración.

No obstante los problemas descritos, se han realizado, en años recientes, progresos significativos. Existen ahora pruebas arrolladoras de que los organismos existentes en la placa microbiana y en la región del surco gingival y bolsa, o sustancias derivadas de los mismos, constituyen el factor etiológico primario y quizá el único que participan en la etiología de la enfermedad gingival y periodontal. Sin embargo, también es evidente que la enfermedad no es una infección en el sentido estricto de la palabra en que la bacteria invada los tejidos y provoque destrucción tisular y necrosis. Selvo en casos especializados, como el absceso periodontal agudo y la gingivitis necrosante aguda, los microorganismos no invaden los tejidos. En realidad parecen participar por activación de reacciones inmunológicas destructivas y otras reacciones inflamatorias en el huésped que conducen, al menos en su mayor parte a provocar las alteraciones patológicas observadas en los tejidos.

DEPOSITOS DENTALES

Se observó que los individuos que sistemáticamente empleaban un dentífrico no abrasivo, acumulaban una película de color café y carente de estructura sobre las superficies de los dientes, a la que se denominó película adquirida. Esta película que puede ser eliminada con el pulido mediante una sustancia abrasiva, vuelve a formarse poco tiempo después de ser retirada.

Las observaciones más recientes han revelado que esta película se forma sobre los dientes así como en otras superficies no susceptibles a la descamación, expuestas al medio ambiente bucal, sin importar el tiempo de dentífrico empleado.

La película es quizá una forma especializada de cubierta de glucoproteínas depositadas sobre las superficies tisulares en todo el tracto intestinal.

FORMACION: La deposición de la película ha sido estudiada siguiendo los hechos que se llevan a cabo en las superficies de los dientes pulidos previamente con una capa de hule y pómez, un procedimiento que elimina todas las estructuras no calcificadas salvo aquellas existentes en los defectos superficiales, fosetas y fisuras. Poco después de exponer la superficie dentaria limpia a la saliva vuelve a formarse la película.

Esta película que está libre de microorganismos cubre la superficie dentaria completamente, llenando fosetas fisular y defectos superficiales del esmalte. Puede formarse una Película completamente establecida a los 30 minutos y a las 24 horas después pueda ser positiva levemente a la aritrosina y de 0.1 a 0.8 micrones de grosor.

CONTROL. DE PLACA

El aspecto más crítico de la terapia periodontal es al control de la flora microbiana en el área surcular. Si el paciente no mantiene una higiene excelente y en consecuencia el estado óptimo de los tejidos blandos y duros, los posteriores tratamientos periodontal y restaurador estará en peligro.

La placa bacteriana aparece en todas las superficies de los dientes, pero es especialmente prevalente en el tercio gingival.

Esta fuertemente adherida a la estructura dental, lo que significa que no se elimina masticando alimentos fibrosos. La prevención de la formación de placa, por medio mecánicos o químicos, es crítica la prevención de la patología de tejidos blandos y duros.

Como no se dispone universalmente de un medio químico de prevenir la acumulación de placa.

SACO PERIODONTAL

Por bolsa periodontal se define una unidad de inserción periodontal enferma. El saco puede resultar del alargamiento del tejido gingival.

Es causado por la migración apical de la inserción epitelial con la pérdida de la inserción del tejido conectivo y, eventualmente de soporte óseo.

La importancia clínica de un saco periodontal radica en que si se extiende más allá de 3mm a 4mm, el paciente tendrá una dificultad cada vez mayor para llevar a cabo las técnicas normales de cepillado y el uso de hilo dental. La enfermedad continua si el área no puede ser mantenida y se deja placa madura en proximidades del epitelio.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

Para prevenir la enfermedad periodontal, el paciente debe acudir con visitas frecuentes. Se ha notado de diversos estudios que, si bien la enfermedad periodontal se desenvuelve con parsimonia en las bocas sanas, puede desarrollarse con bastante celeridad con un ambiente propenso. En este caso, el paciente que ha sido tratado para eliminar algún tipo de enfermedad periodontal tiene posibilidades de una recurrencia en un periodo muy inferior a los seis meses, por esta razón, se recomienda que las visitas de control periodontal se realicen cada tres meses.

Dentro del tratamiento se presentara mayor atención a las superficies de las raíces, con el objeto de detectar cualquier posible penetración de sustancias tóxicas. Por otra parte, el odontólogo debe de estar particularmente atento a la reacción del tejido gingival después de un tratamiento correctivo, sobre todo si éste ha sido quirúrgico.

Otra prueba fundamental, además de comprobar la estabilidad del color del tejido gingival, la presencia de surcos o bolsas, la provocación de sangrado con presiones leves; es determinar la movilidad de las piezas, probablemente el fracaso de la terapia correctiva y la necesidad de replantearla en el futuro próximo.

Si, luego de estas pruebas, se comprueba que el estado del paciente es favorable, se puede llegar a espaciar poco a poco las visitas de control, hasta que el tratamiento de este enfermo no difiera mayormente del que se le brinda al paciente sano.

Hay enfermos que presentan un panorama periodontal confuso, que no permite llegar a un diagnostico definitivo ni planear un tratamiento. Son aquellos que cuyas bocas presentan ciertos síntomas de enfermedad periodontal, pero que no alcanzan a redondear una sintomatología clara, que indique un tratamiento correctivo inmediato. Otro caso especial de relativa importancia se presenta cuando el diagnóstico apunta claramente hacia la terapia correctiva, pero ésta no puede llevarse a cabo, ya sea por malas condiciones de salud del paciente, por factores económicos u otros.

En estos casos, la variante de importancia suele estar dada por el tratamiento con fármacos, con el objeto de mantener una situación estable mientras se modifican las condiciones que impiden el tratamiento correctivo, es decir, mientras se corrigen las condiciones generales de salud del enfermo, o mientras se le refiere a un servicio tratarlo dentro de sus posibilidades económicas.

Por regla general, en México la labor de terapia preventiva periodontal suela realizarla el propio odontólogo, o una auxiliar bajo la muy directa supervisión del profesional.

CEPILLADODENTAL

La eliminación de placa se consigue con un cepillo de dientes y otros instrumentos de orofisioterapia. Se pueden utilizar muchos tipos de cepillo dental y se clasifican según su tamaño, forma longitud y disposición de las cerdas; el cepillo de cerdas blandas es particularmente para limpiar el surco gingival y las superficies bucales y linguales de las arreas interproximales. Sin causar lesión gingival y agresión dental que puedan resultar de un cepillo de cerdas duras.

TECNICA: En el cepillado dental , la colocación eficaz de las cerdas es mas importante que la cantidad de energía gastada, el método circular de Bass de cepillado es el preferido para la mayor parte de los pacientes portadores de prótesis fija porque limpia al surco, donde frecuentemente están colocados los bordes de la restauración .

Las cerdas se colocan en el surco en un ángulo de aproximadamente 45° con la superficie dental , dirigido gingivalmente y se mueve en una dirección anteroposterior con cortos movimientos de cepillado bajo presión ligera. El cepillo se aplica de forma similar en toda la boca y superficies bucales,linguales y palatinas de los dientes, en el área anterior donde los espacios interproximales son pequeños y puede ser posible colocar al cepillo horizontalmente contra la encía, el cepillo se puede girar verticalmente para tener un mayor acceso.

Tras limpiar las áreas circulares, se cepillan las superficies oclusales al igual que la superficie dorsal de la lengua.

USO DE LA SEDA DENTAL

La placa interproximal puede controlarse con la seda dental tanto el tipo encerado como el no encerado limpian las superficies proximales , pero la seda no encerada tiene varias ventajas.

- 1.- Tienen un diámetro menor y en consecuencia pasa mas fácilmente a través de las áreas de contacto interproximales.
- 2.- Se aplana bajo tensión, y de esta forma cada hilo separado cubre eficazmente una mayor área de superficie.
- 3.- Hace un sonido característico cuando se aplica en una superficie dental limpia que se puede emplear como guía de una aplicación efectiva.

TÉCNICA.- Se corta una longitud generosa de seda y se enrolla en los dedos medios de cada mano, los índices y pulgares se utilizan para la colocación, la seda se hace pasar por una área de contacto hasta la base del surco y se mueve arriba y abajo sobre cada superficie dental proximal hasta que ambas superficies queden libres de placa, seguidamente la seda se retira y se inserta en la siguiente área proximal, progresando sistemáticamente hasta que se han limpiado todas las superficies proximales.

CAPITULO III

**CONSIDERACIONES ESPECIFICAS DE
PERIODONCIA EN PROTESIS FIJA**

EXAMEN CLINICO

El tratamiento durante los cuidados de mantenimiento periodontal deben incluir:

A.- Estado periodontal

- 1) inflamación gingival**
- 2) pérdida de soporte periodontal**
- 3) lesiones furcales y otros problemas especiales**

B.- El nivel de control de la placa del paciente:

- 1) registro de la placa residual**
- 2) factores retentivos**

Ainamo y Bay presentaron un índice basado en el registro de una característica de la inflamación gingival al haber sangrado al sondeo: índice hemorrágico gingival. El sangrado gingival después de un sondeo suave con sonda periodontal roma indica inflamación y sugiere la presencia de placa subgingival y posible tártaro u otros factores retentivos.

Para la evaluación y registro de la placa se debe utilizar solución y tabletas reveladoras, pues de esa manera visualizan cualquier resto de placa, tanto el odontólogo como el paciente. Al contactar la cantidad de superficies dentarias que albergan placa pigmentada y expresar esa cantidad como porcentaje de la cantidad total de superficies dentales presentes se obtiene una expresión numérica de la situación con respecto al control de la placa.

El examen del periodoncio y el control de la placa por el paciente deben constituir una parte integral del examen global del estado dentario, esto es, junto con el registro de caries y otros hallazgos patológicos. Las observaciones registradas deben dar los lineamientos para la terapéutica de apoyo y mantenimiento. También deben formar la base para la evaluación de las alteraciones del estado periodontal y dental del paciente con el tiempo.

El examen efectuado durante las visitas de mantenimiento debe ser repetido varias veces a lo largo de los años. Por lo tanto, debe ser tan eficiente y simple como sea posible y al mismo tiempo tan completo e integral como sea necesario.

SONDAJE

Para el sondaje existen instrumentos periodontales especiales diseñados. Lo deseable es la sonda mas delgada, pudiendo hacer sondaje de la profundidad de un saco sin causar incomodidad al paciente y permitiendo la mayor destreza en la diferenciación de las dimensiones de un saco, estas sondas están calibradas en milímetros. Se deberá sondear seis áreas alrededor del diente prestando atención a la anatomía radicular, incluyendo las áreas de bifurcación y trifurcación sobre los molares y premolares.

Es difícil hacer un sondaje en la boca de un paciente con pobre higiene oral. Una vez que se ha establecido la higiene oral, la boca del paciente puede ser sondeada adecuadamente. Durante el sondaje se tendrá atención revisando el sangrado o la exudación ya que estos son signos de enfermedad periodontal.

MOVILIDAD

La movilidad puede ser determinada con el mango de la sonda o del espejo, colocado sobre las superficies labiales o linguales aplicando presión al diente con la mano. Se use una clasificación de 1 a 3, en la cual 1 representa la etapa inicial de la movilidad y 3 representa un diente con movilidad en todas las direcciones y depresibles en su alvéolo. La movilidad es una indicación de la pérdida de inserción del diente a los maxilares. Radiográficamente esto se puede apreciar como un espacio amplio del ligamento periodontal causado por trauma oclusal o movimiento ortodóntico, también puede ser causado por la enfermedad periodontal cuando la cantidad de soporte ha disminuido lo suficiente como para aflojar el diente. Debe hacerse énfasis en que el hecho de que un diente tenga movilidad no implica que se vaya a perder, toda la dentición puede presentar movilidad clase I y mantener esa forma durante muchos años, sin necesidad de ferulizarlo. Sin embargo si el diente se encuentra bajo trauma oclusal secundario, se feruliza un número de dientes para proporcionar el soporte requerido.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Las radiografías son esenciales para el diagnóstico, tratamiento y mantenimiento, en la periodoncia. Aunque la radiografía es limitante por el hecho de ser bidimensional, se puede visualizar si va acompañada por una imagen tridimensional. La técnica de cono largo es el más útil en la evaluación de la relación diente-hueso, será útil emplear un sostenedor posicionador de la película, la ventaja del sostenedor es la capacidad para lograr una imagen reproducible que estimula a comparaciones .

Las áreas que se deben revisar en la radiografía son:

- 1.- Resorción de la cresta alveolar.
- 2.- Integridad del grosor de la lamina dura.
- 3.- Evidencia de pérdida ósea horizontal generalizada.
- 4.- Evidencia de pérdida ósea vertical.
- 5.- Espacio ampliado del ligamento periodontal.
- 6.- Densidad del trabeculado en ambos arcos.
- 7.- Forma y tamaño de las raíces, comparadas con la corona para determinar la proporción corona-raíz.

La radiografía puede determinar el área de raíz empotrada en el hueso, esto es crucial para establecer el pronóstico del paciente. Con frecuencia un paciente con raíces cortas y cónicas presenta pérdida ósea mínima, pero una movilidad máxima y el pronóstico será dado como pobre. Otros pacientes pueden perder hasta un 50% de hueso, pero sin presentar movilidad y aun así su pronóstico será alentador porque tiene raíces normales.

HABITOS

El principal habito a considerar es el bruxismo, el exámen visual de los patrones de desgaste y la interpretación radiográfica de la lámina dura engrosada y de los espacios amplios del ligamento periodontal, determinan si un paciente rechina sus dientes durante el sueño. Una condición que indica bruxismo es un arco completo que exhibe movilidad, a pesar de poseer un soporte óseo adecuado.

PREPARACION DE LOS TEJIDOS

Desde un punto de vista periodontal, es importante que el paciente sea informado del problema y sea educado a cerca de los métodos necesarios para corregirlo. Esto se debe lograr por medio de material audiovisual y de lectura; una vez que se a examinado al paciente y se ha establecido el diagnostico y el pronóstico, se discute con el paciente el curso final del tratamiento, los cuales son:

1.- Eliminación de los sacos y solución de la lesión inflamatoria.

2.- Establecimiento de los contornos tisulares necesarios para la auto-limpieza y para el manejo fisioterapeutico.

a) Márgenes gingivales delgados, curvados en forma parabólica.

b) Papilas interdentes - piramidales que estén acordes tectónicamente y se adapten estrechamente a los espacios del diente, permitiendo la salida libre de comidas en las áreas interproximales (una vez que se determina que se requiere cirugía a causa de la enfermedad existente es conveniente eliminar la forma de col de la encía interdental y sustituir una forma tisular convexa oclusalmente cerca de las áreas de contacto entre dientes adyacentes).

c) Zona rígida de encía insertada queratinizada (la rigidez implica densidad e inserción firme al diente y al hueso).

d) Profundidad suficiente de la bóveda vestibular para permitir que la comida escape del área vestibular/ar y gingival.

3.- Colocación y modificación de la morfología de los dientes para proteger de traumas al periodonto. .

4- Erradicación de hábitos oclusales disfuncionales.

5.- Estabilización dental para proteger los tejidos insertados y para promover la cicatrización.

6.- Cooperación del paciente en la realización de la fisioterapia preventiva.

Los dientes pueden funcionar a pesar de la pérdida de tejidos de soporte y dientes antagonistas.

CAPITULO IV

PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO

FISIOTERAPIA ORAL

Es la preparación del paciente que mantenga la boca en un estado sano. El paciente debe comprender las implicaciones de la placa, un área descuidada por los pacientes y que es causa de que gran parte de los odontólogos se desanimen.

El registro de control de placa demuestra eficiencia de la remoción de la placa sobre cuatro superficies del diente y permite que el paciente visualice el progreso en una forma porcentual. Por lo general el paciente alcanza un nivel de 20 a 10% de retención de placa antes de que se lleve a cabo la cirugía. Antes de la instrucción de higiene, el paciente periodontal promedio comienza en un nivel de 90 a 80%.

PREPARACION DE LOS TEJIDOS ORALES

El segundo aspecto mas importante es hacer que los pacientes restauren los tejidos gingivales hasta una condición sana que puede ser mantenida con una instrucción adecuada. El primer paso es la eliminación del calculo y el curetaje de las estructuras radiculares, con esto se logra lo siguiente.

- 1.- Se eliminan los irritantes alrededor de las inserciones.
- 2.- Se suaviza las superficies radiculares para facilitar el cepillado y el uso del hilo dental.
- 3.- Se reduce el tejido inflamado de manera que sea manejable en la cirugía, en caso de que esta sea necesaria, esto podría requerir de mayor cantidad de citas, dependiendo del estado de la enfermedad.

La tartrectomía, profilaxis y el curetaje deben ser seguidos de:

- 1.- Remoción de los dientes implicados carentes de toda esperanza.
- 2.- Excavación y temporización de las caries.

3.- Evaluación de los dientes en cuanto a una posible implicación endodóntica.

4- Iniciación de movimiento ortodóntico para casos selectivos.

5- Ajuste oclusal.

6.- Fabricación de una férula nocturna en casos de bruxismo.

7- Reevaluación.

Posteriormente se hace una reevaluación de toda la boca con una sonda periodontal para registrar las profundidades de los sacos y determinar la necesidad de cirugía. Si el paciente no ha demostrado voluntad para cooperar en la fisioterapia oral, es mejor descontinuar la terapia y reconsiderar una alternativa conservadora para el mantenimiento de los dientes del paciente.

CIRUGIA

Las principales metas son la eliminación de los sacos y el establecimiento de los contornos fisiológicos tisulares. Si la profilaxis y el curetaje no han logrado estos objetivos, se requiere de cirugía. Para restaurar la boca del paciente, es importante, diferenciar entre técnicas quirúrgicas tales como la gingivectomía, el procedimiento mucogingival, la entrada por colgajo mucoperiostico con recontorneado óseo. Idealmente el tejido óseo perdido es reconstruido junto con la inserción perdida a causa de la enfermedad periodontal.

TECNICAS QUIRÚRGICAS: En muchas ocasiones para salvar una parte de un diente para la restauración, se requieren procedimientos periodontales importantes:

1.- El molar inferior puede tener una raíz removida por una hemisección.

2.- En la raíz superior es posible remover la raíz distobucal o la raíz mesiobucal y luego restaurar la función del diente, teniendo el diente ferulizado a los dientes contiguos.

3- Trasplante óseo, existen muchas formas de hacerlo:

a) Procedimiento de injerto

b) Procedimientos de coágulo óseo

c) Hueso de sitios de extracción reciente, o autoinjertos de trefina.

d) Hueso de la cresta ilíaca posterior que ha sido removido por un cirujano ortopédico o por un hematólogo.

Estos procedimientos se realizan solamente en casos seleccionados en los cuales es absolutamente necesario salvar el diente, sin embargo, en muchas ocasiones es más apropiado sacrificar el diente, si los resultados no son absolutamente seguros y si solamente se va a entorpecer el esfuerzo restaurador.

PREPARACION FINAL DE LOS TEJIDOS

1) Profilaxis, curetaje y bruñido final de toda la dentición para suavizar las superficies y permitir que el paciente mantenga esta área bajo control de placa.

2) Un ajuste oclusal para eliminar interferencias oclusales después de la cirugía.

3) Alivio de la sensibilidad dental. La sensibilidad radicular es un problema para el paciente periodontal. A pesar de que a los pacientes se les dice que más del 50% de la sensibilidad se atribuye a acumulación de productos bacterianos sobre los dientes, podrían discontinuar el cepillado a causa de una sensibilidad severa. Las áreas revisadas son: caries, oclusión traumática, bruxismo, retención de placa y degeneración del tejido pulpar. Uno de los mejores métodos para corregir la sensibilidad, consiste en el uso de una solución de flúor al 8% con fosfato de calcio, bruñida dentro de la raíz. En caso de ser inefectiva, podría ser necesario realizar terapia endodóntica.

4.- Reevaluación del paciente en cuanto a recomendaciones restauradoras.

5.- Una revisión de las técnicas de fisioterapia oral, que se hace necesaria a causa de la condición mejorada de la boca del paciente. Ahora, si el paciente esta listo para el tratamiento restaurador.

CAPITULO V

**ASPECTOS PERIODONTALES
EN OCLUSION**

LA OCLUSIÓN Y SU EFECTO SOBRE EL PERIODONTO

El efecto de las fuerzas oclusales sobre el periodonto es influido por su severidad, dirección, duración y frecuencia. Cuando aumenta la severidad, las fibras periodontales se engrosan y el hueso alveolar se hace más denso. El cambio en la dirección de las fuerzas oclusales también la orientación de las fibras del ligamento periodontal, estas fibras están orientadas para sopotar las fuerzas en el eje largo del diente, por lo general, en las interferencias de equilibrio lateral se encuentran fuerzas horizontales o verticales, que son perjudiciales para el periodonto. Las fuerzas laterales inician la resorción ósea en áreas de presión y generan formación ósea en áreas de tensión.

Las fuerzas rotativas causan tensión y presión sobre el periodonto, siendo las fuerzas mas dañinas. La duración y frecuencia afectan la respuesta del hueso alveolar a las fuerzas oclusales, porque la presión constante sobre los dientes es causa de resorción, pero las fuerzas intermitentes promueven y estimulan la formación ósea.

La lesión o daño periodontal causada por fuerzas oclusales es denominada trauma oclusal. El traumatismo oclusal no afecta la encía ni causa formación ósea. No obstante, cuando hay inflamación en presencia de trauma oclusal, se altera la vía de la inflamación para permitirle su ingreso dentro del espacio del ligamento periodontal, conduciendo a sacos infraoseos. Así pues, el trauma oclusal no afecta la encía marginal, pero cuando hay inflamación presente, afecta al hueso. Esto es lo que se denomina "zona de codestrucción", trauma de oclusión en presencia de inflamación.

Las fibras principales del ligamento periodontal se acomodan mejor a las fuerzas oclusales en el eje largo del diente. Cuando hay fuerzas axiales aumentadas, se presenta una distorsión del ligamento periodontal, compresión de las fibras periodontales y posteriormente, resorción del hueso en las áreas apicales. Las fuerzas de torsión o las fuerzas rotativas causan presión y tensión, las cuales, bajo condiciones fisiológicas, resultan en formación y resorción ósea. La fuerza de torsión es la que mayor probabilidad tiene de lesionar el periodonto.

El trauma causado por la oclusión ocurre en tres etapas: La primera es la lesión o daño, la segunda es la preparación y la tercera es un cambio en la morfología del periodonto. La lesión tisular se produce por las fuerzas oclusales excesivas. La preparación natural de la lesión y la recuperación de los tejidos periodontales ocurren si disminuye la fuerza sobre un diente o si el diente se mueve alejándose de la fuerza. Por este movimiento para alejarse de la fuerza dañina puede resultar en una movilidad.

TRAUMA OCLUSAL CON GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTA

L

La inflamación en el ligamento periodontal no puede ser separada de la influencia de la oclusión. Como la oclusión es el monitor constante para la condición del periodonto sano, afecta la respuesta del periodonto a la inflamación. Se puede entender mejor el papel del trauma oclusal en la gingivitis y en la periodontitis si se considera el periodonto como poseedor de dos zonas, la zona de irritación y la zona de codestrucción. La zona de irritación consiste de la encía marginal e interdental, siendo sus límites las fibras gingivales. Es por aquí donde comienza la gingivitis y los sacos periodontales, son causados por irritación local por placa, bacterias, cálculos e incrustaciones de alimento.

La encía marginal no es afectada porque su provisión sanguínea es suficiente para mantenerla, aun cuando los vasos del ligamento periodontal se hallen obliterados por fuerzas oclusales excesivas. Siempre y cuando la inflamación se halle confinada a la encía, no es afectada por las fuerzas oclusales, cuando se extiende de la encía a los tejidos periodontales de soporte, la inflamación entra en la zona de codestrucción. La zona de codestrucción comienza con las fibras transeptales, y consiste de tejidos periodontales de soporte: hueso, el ligamento periodontal y el cemento. Cuando la inflamación alcanza los tejidos periodontales de soporte, su vía y la destrucción que causa se cobijan bajo la influencia de la oclusión.

El trauma por oclusión cambia por dos formas; el medio ambiente tisular alrededor del exudado inflamatorio:

1) Altera la alineación de las fibras de las crestas alveolares y transeptal y por lo tanto cambia la dirección de la vía de la inflamación, de manera que esta se extiende directamente dentro del ligamento periodontal.

2) Las fuerzas oclusales excesivas producen daño al ligamento periodontal y resorción ósea, los cuales agravan la destrucción tisular causada por la inflamación. El trauma causado por oclusión combinado con la inflamación, conduce a bolsas o sacos infraoseos, a defectos óseos angulares de apariencia de cráter y a una excesiva movilidad dental.

La inflamación podría ser no lo suficientemente severa, o la anatomía del diente podría no conducir a la formación de saco. En ausencia de inflamación e irritantes locales, el trauma oclusal severo cause un aflojamiento excesivo de los dientes, ampliando el ligamento periodontal y defectos angulares en el hueso alveolar, sin sacos.

La ampliación del espacio periodontal, el engrosamiento de la lamina dura y la pérdida ósea angular, se observan en lugar de pérdida ósea horizontal. El área de las furcaciones es la más sensible al trauma oclusal.

Una maloclusión no es un prerrequisito para el trauma; puede hallarse presente aun cuando la oclusión aparezca normal. En el sentido inverso, o todas las maloclusiones son necesariamente lesivas para el periodonto.

El trauma oclusal puede ser primario o secundario. En el trauma oclusal primario las fuerzas son excesivas y se originan de hábitos compulsivos tales como el apretamiento o rechinar de los dientes. En el trauma oclusal primario la más importante son los movimientos parafuncionales del bruxismo.

El trauma oclusal secundario ocurre a partir de fuerzas normales tales como la masticación, pero el soporte del diente es debilitado por la pérdida de una parte de su aparato de inserción y no puede sobrellevar las fuerzas normales.

El bruxismo y otros hábitos para funcionales parecen ser la causa principal de fuerzas traumáticas excesivas capaz de causar rotación.

COLOCACIÓN DE LOS MÁRGENES DE LA RESTAURACIÓN

Con la excepción de cuando hay riesgo de destrucción subgingival y en casos de consideraciones estéticas, es mejor terminar las preparaciones por encima del margen gingival. Si se ha realizado terapia periodontal y la encía a recedido, las preparaciones deberán terminar en unión cemento-esmalte. Aun si el tejido no recede, el margen de la preparación del diente deberá encontrarse lejos del tejido blando.

Los márgenes de la corona cuando se colocan subgingivalmente, debe estar localizados en la base del surco gingival, que es el nivel alcanzado cuando una sonda delgada y contundente se coloca sin presión dentro del surco gingival. Entonces las fibras gingivales pueden abrazar la encía contra el diente y el margen de la restauración terminada.

Teniendo en cuenta que el margen de la encía acumula bacterias de manera rápida, este es el sitio de descomposición recurrente. Cuando no se presenta descomposición, la placa causa enfermedad periodontal en su área más crítica, que no es autolimpiable.

Las restauraciones no deben ser forzadas subgingivalmente dentro del tejido conectivo, sino que deben ser colocadas en el espacio intracrevicular, sin violar la anchura biológica. El desgarramiento de la inserción epitelial hace que esta migre apicalmente y el surco se profundice hasta convertirse en saco.

DISEÑO DE PONTICOS EN PRÓTESIS FIJA

El diseño y la construcción de un pontico es importante para una prótesis fija porque altera las demandas funcionales y medioambientales dirigidas sobre el diente y el reborde.

Cualquier factor que actúe sobre la parte de una restauración fija, afecta a la prótesis en su totalidad.

El pónico unifica mecánicamente los dientes de anclaje, cubre el reborde residual, asume un papel dinámico en la prótesis no se considera como un material insertado sin vida. En este papel, el pónico restaura la función de los dientes perdidos, asegura una salud adecuada y es agradable estéticamente, cómodo y biológicamente tolerable.

CAPITULO VI

METODOS FIJOS DE ESTABILIDAD

PUENTES MARYLAND

A raíz de nuevos materiales, las resinas compuestas tienen una mayor fuerza y los agentes de cementación por fotocurado permiten un mejor control de los contornos.

La más reciente en las dentaduras parciales fijas es el retenedor metálico unido con resina composite. El éxito de esta técnica depende de la habilidad para grabar aleaciones específicas no preciosas, de alto coeficiente. Después del grabado, el marco metálico puede ser unido al esmalte con una resina composite.

Una prótesis fija delgada puede ser colocada después de la reducción dentaria limitada.

Se desarrolló en las resinas composite BIS-GMA, una prótesis perforada para inmovilizar dientes comprometidos periodontalmente, usando la técnica de grabado ácido y resina.

La prótesis con resina para el tratamiento de pacientes médicamente comprometidos indigentes y adolescentes esta modalidad es una alternativa por tener características como económicas; conservadoras y funcionales. No irrita tejidos blandos ni duros; los retenedores son grabados con ácidos y unidos con resina, tienen bastante aceptación estética.

PROTESIS FIJA DE ACRILICO PROVISIONAL

Este método se utiliza de manera particular con pacientes comprometidos periodontalmente, utilizándolos como férulas después de una terapia periodontal. Antes del tratamiento periodontal los dientes son preparados para recibir una restauración provisional de acrílico, cementándolas luego con cementos sedativos, se remueven las férulas cuando se realiza la terapia periodontal estas se pueden reemplazar según las necesidades del tratamiento. Una vez que el tejido a cicatrizado y madurado después de la cirugía se podrá cambiar por una prótesis colada.

DETERMINACION DE LOS ANCLAJES

Antes de la selección de los anclajes se consideran muchos factores, el primero, es la proporción corona-raíz, porque la estabilidad del diente es influenciada por el efecto de palanca ejercido sobre el periodonto. La naturaleza de este proceso depende de la cantidad de diente retenido en hueso. Los aumentos en la longitud de la corona crean un efecto de palanca desfavorable sobre el periodonto. La raíz puede ser corta a causa de la anatomía, movimiento ortodóntico, pérdida ósea o alguna combinación de estas.

Hay dos métodos para modificar la forma del diente para cambiar la proporción desfavorable corona-raíz; una es la construcción de una corona completa, el otro consiste en el cambio de la superficie oclusal del diente por medio de un onley. Cuando las inclinaciones cuspídeas son demasiado empinadas, surgen fuerzas laterales y de inclinación durante la función, que se presentan también cuando la topografía oclusal es demasiado amplia. En lo ideal, las fuerzas aplicables al diente caen dentro de la periferia de la estructura radicular.

Normalmente los dientes poseen un cierto grado de movilidad, los uniradiculares mucho más que los multiradiculares. La movilidad que sobre pasa el grado fisiológico se denomina patológica y se atribuye a la pérdida de hueso alveolar o de soporte, del ligamento parodontal y trauma severo causada por oclusión, la movilidad depende de la severidad y de la distribución del tejido perdido sobre la superficie individual, la longitud forma y tamaño de la raíz comparado con la corona. Una causa común de movilidad es la causada por el trauma de fuerzas oclusales excesivas agravadas por la tensión o stress emocional. La hipofunción, la inflamación aguda, el embarazo y la cirugía periodontal aumentan la movilidad.

DETERMINACION DEL PRONOSTICO

El hueso alveolar debe examinarse radiográficamente para considerar tres aspectos: uno es la cantidad de hueso remanente, dos es la distribución del hueso remanente y por último es el patrón de pérdida ósea. Si la pérdida ósea se extiende al tercio apical del diente, el pronóstico será usualmente desfavorable y es importante tener en cuenta también el patrón de pérdida ósea.

MANTENIMIENTO

La meta principal de una terapia periodontal es el establecimiento de un control óptimo de placa y la prevención de inflamación que promueve pérdida de la inserción periodontal. Esto requiere de un esfuerzo considerable por parte del paciente en cuanto a retener un programa estricto de cuidado e higiene bucal en el hogar.

El éxito de la prótesis fija se mide por la longevidad y duración de la prótesis es una función sana. Para lograr el éxito, la prótesis fija debe ser aceptable biológicamente por los tejidos gingivales. Los principios biológicos involucrados son amplios y todos complementarios unos con otros:

1) Limpieza.

2) Ayuda para que haya una forma y contorno normal del tejido.

3) Una oclusión armoniosa con la capacidad de adaptación del periodonto; f) seguir los principios de la oclusión en cuanto a dirección, duración, cantidad y frecuencia de una fuerza.

Solamente de esta manera puede uno proseguir confiadamente a la construcción de una prótesis fija duradera.

CONCLUSIONES

Es necesario conocer todas las características de un estado sano para poder reconocer un estado de desequilibrio o de enfermedad; este trabajo nos ayuda para tener en cuenta todos los conceptos necesarios para poder crear una terapéutica adecuada.

Así poder mantener una rehabilitación durante el mayor tiempo posible en mejores condiciones. El conocer nuevas alternativas de rehabilitación, Así como de nuevos conceptos interdisciplinarios podrán brindar una mayor confianza a nuestros pacientes que están ansiosos de poder brindarles nuevas alternativas y de mayor confiabilidad. Espero que el presente trabajo pueda despertar esta inquietud que en mi fue un pilar en el cual se debe tener siempre en mente.

BIBLIOGRAFIA

Prótesis Fija Procedimientos Clínicos y de Laboratorio
Stephen F. Rosenstiel J Land, Fujimoto.
Editorial: Salvat
Edición: Original 1991

Periodontología Clínica
Jan Lindhe
Editorial: Medica Panamericana
Edición: 2a

Enfermedad Periodontal
Schluger, Yuodelis y Page
Editorial: Continental S.A. de C.V. México
Edición: 3a - 1984

Periodoncia de Orban, Teoría y Práctica
Grant Stern y Everett
Editorial: Inteamericana
Edición: 4a

Tylman's Teoría y Practica en Porstodoncia Fija
Editorial: Actividades Médico Odontológicas Latinoamérica.
Edición: 8a 1990.

Mejoramiento Gingival en Prostodoncia Fija

The Journal of Prosthetic Dentistry

Edición:Marzo-Abril 1992.

Volúmen 2 Número 2

Ferulizacion Estudio Retrospectivo de Seguimiento durante 17 años

The Journal of Prosthetic Dentistry

Edición:Noviembre-Diciembre 1992

Volúmen 2 Número 6

La Prótesis como una Odontología Integral

Práctica Odontológica

Edición:Diciembre-Octubre 1979

Volúmen 36 Número 5

Rigor y Método Contra la Placa Dentobacteriana

Práctica Odontológica

Edición:Mayo-Junio 1982

Volúmen 3 Número 3