

425
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PREPARACION DE LA CAVIDAD BUCAL PREVIA
INSERCIÓN DE LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

[Handwritten signature]

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
NORMA TOLEDO ZAVALA

ASESOR:

C. D. M. O. IGNACIO VELAZQUEZ NAVA

[Handwritten signature: U. R. Velazquez]



MEXICO, D. F.

JUNIO 1996



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.

A MIS PADRES:

Sr. Fermin Toledo Laurrabaquio.

Sra. Justina Zavala Escobar.

Porque gracias a su apoyo y cariño
estoy logrando una de las metas
más anheladas de mi vida.

A MIS HERMANOS:

Alejandro , Marco Antonio
y Elizabeth.

Gracias por su apoyo
y confianza.

A MI ASESOR:

C.D. M.O. Ignacio Velázquez Nava.

**Gracias por aceptar el
asesoramiento de mi tesina.**

AL HONORABLE JURADO.

**PREPARACION DE
LA CAVIDAD
BUCAL PREVIA
INSERCIÓN DE LA
PROTESIS PARCIAL
REMOVIBLE.**

INDICE.

	Pág.
Introducción.....	1
Diagnóstico y plan de tratamiento.....	3
Tratamiento quirúrgico.....	6
Criterios para los rebordes desdentados.....	8
Extracciones.....	10
Restos radiculares.....	11
Dientes retenidos.....	12
Dientes en mal posición.....	13
Quistes y tumores.....	14
Exostosis y torus.....	15
Tejidos hiperplásicos.....	16
Inserciones musculares y frenillo.....	17
Espinas óseas y rebordes afilados.....	18
Hiperqueratosis.....	19

Tratamiento periodontal.....	19
Odontoxesis y profilaxis.....	20
Técnicas de cepillado.....	21
Gingivitis.....	26
Periodontitis.....	27
Trauma periodontal.....	28
Anomalia del complejo mucogingival.....	32
Cirugía periodontal.....	34
Gingivectomía.....	35
Colgajo periodontal.....	36
Tratamiento endodóntico.....	38
Preparación de los dientes pilares.....	39
Modificaciones dentales.....	42
Conclusiones.....	47
Bibliografía.....	49

INTRODUCCION

Uno de los aspectos más importantes que determinan el éxito o fracaso de una prótesis es la adecuada preparación de la cavidad oral antes de colocar la prótesis definitiva.

Una gran mayoría de los odontólogos de practica general pasan por alto este aspecto que es de suma importancia y esto es una de las iatrogenias más frecuentes en prótesis parcial removible, con el consecuente fracaso del tratamiento.

Los aspectos más importantes a tratar antes de la inserción de la prótesis son: tratamiento quirúrgico, periodontal, endodóntico y la preparación adecuada de los dientes pilares, además hay que tomar en cuenta las características oclusales del paciente; para darnos cuenta y saber lo que necesita el paciente es necesario realizar una buena historia clínica, obtener unos modelos de estudio y en base a esto determinar un buen plan de tratamiento el cual debemos realizar siguiendo una secuencia adecuada tanto para el paciente como para el cirujano dentista.

En el presente trabajo abordaremos el tema de " la

preparación de la cavidad bucal previa inserción de la prótesis parcial removible”, entre los tratamientos que deben realizarse y de los cuales haremos mención en el presente trabajo están la historia clínica para poder así determinar el plan de tratamiento, el tratamiento quirúrgico que va desde la extracción hasta una regularización del proceso, tratamiento periodontal que abarca profilaxia, técnica de cepillado, tratamientos para la gingivitis, periodontitis, y lo que sea necesario para lograr un parodonto sano; tratamiento endodóntico y una adecuada preparación de los dientes pilares.

DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Este aspecto del tratamiento odontológico es descuidado con mucha frecuencia, a pesar de que sin esta preparación la prótesis parcial puede ser destructiva, en vez de contribuir al mantenimiento de la salud bucal.

El propósito del tratamiento odontológico es responder a las necesidades del paciente, en consecuencia el tratamiento debe ser individualizado tanto para el paciente como para la enfermedad.

El tratamiento incorpora tres procesos fundamentalmente diferentes: 1) Establecer las necesidades del paciente, 2) Desarrollar un plan de tratamiento de acuerdo con dichas necesidades, y 3) Ejecución del tratamiento.

En el diagnóstico y en el plan de tratamiento para la rehabilitación bucal deben ser tenidos en cuenta algunos o todos los procedimientos siguientes: La restauración individual de los dientes, la restauración de las relaciones oclusales armónicas, la reposición de los dientes perdidos mediante la restauraciones fijas. En consecuencia, la

selección del tipo, cantidad, y cronología del tratamiento debe ser establecido antes que sean emprendidos procedimientos irreversibles.

El plan de tratamiento para una prótesis parcial que suele ser frecuentemente el paso final de una extensa y larga secuencia del tratamiento, debe preceder al tratamiento en sí, de modo que los dientes pilares y otras zonas de la boca puedan ser adecuadamente preparadas para soportar y retener la prótesis parcial. Esto significa que los modelos de diagnóstico para diseñar y plantear el tratamiento correspondiente a la prótesis parcial, deben ser hechos antes de emprender el tratamiento definitivo. El diseño que es dibujado sobre el modelo del diagnóstico, junto con la ficha clínica detallada de las condiciones bucales y el plan de tratamiento propuesto constituyen el plan maestro a seguir durante la preparación de la boca y la confección de la prótesis parcial.

Los fracasos en prótesis parcial, además de las fallas estructurales pueden ser atribuidas por lo general, a un diagnóstico inadecuado, a la evaluación incorrecta de las condiciones presentes y la incorrecta preparación del

paciente y su boca, antes de la confección del modelo mayor.

La preparación de la boca es la serie de procedimientos reparativos, protectores o modificadores, que se efectúan con el objeto de evitar o modificar la dirección de las fuerzas nocivas que pueden ejercer su acción sobre los pilares, ligamentos periodontales, hueso alveolar y reborde alveolar residual, y para permitir que estas estructuras soporten y retengan una prótesis removible el máximo tiempo posible.

El tipo, cantidad y complejidad del procedimiento preparatorio dependerá, por supuesto de las condiciones establecidas durante el diagnóstico, y puede incluir cirugía, tratamiento periodontal, ortodoncia, alteraciones mínimas del esmalte, endodoncia y procedimientos restauradores. Los dos últimos suponen la preparación de dientes cariados y la reconstrucción, modificación del contorno y realineamiento de la corona de los dientes con el fin de que éstos puedan recibir los retenedores y soportar la prótesis satisfactoriamente. Además la dirección clínica del eje longitudinal de los pilares puede

ser modificada para que coincida con la línea o vía de inserción de la prótesis.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Los dientes que sufran alteraciones pulpares o periapicales, y que no puedan ser tratados mediante la terapéutica endodóntica deben ser extraídos, así como los que se han extruido con exceso en los espacios desdentados y no se puedan acortar y reconstruir. Los dientes girados o inclinados más allá de los límites terapéuticos que proporciona la ortodoncia o la odontología restauradora, así como los que plantea problemas estéticos insolubles, también deben ser extraídos.

Deben eliminarse fragmentos radiculares, cuerpos extraños, granulomas, quistes y otros procesos patológicos. Las áreas de exostosis, como la de los torus palatlnos o mandibulares, a menudo deben erradicarse para permitir la correcta ubicación de los conectores mayores y de las bases. Para que la base de una prótesis parcial pueda asentar sobre una superficie óptima, sin ocasionar

molestia alguna puede ser necesaria reducir quirúrgicamente una tuberosidad aumentada de tamaño, o bien regularizar y suavizar un reborde residual agudo. La excisión de tejidos hipertrofiados y la rectificación quirúrgica del frenillo labial o lingual anormal hará más factible la construcción de una prótesis parcial removible, la que podrá ser menos compleja y más confortable para el paciente.

CRITERIOS PARA LOS REBORDES DSDENTADOS

Dado que una prótesis no puede ser mejor que la base ósea que la soporta con su correspondiente cubierta de tejidos blandos, es axiomático que el odontólogo debe realizar todos los esfuerzos que estén a su alcance para preparar, mejorar, preservar y hasta reconstruir los maxilares para lograr un uso prolongado de la prótesis.

Los siguientes son los criterios de un reborde desdentado ideal:

- 1.- Soporte óseo adecuado para la prótesis.
- 2.- Hueso cubierto con tejido blando adecuado.
- 3.- Ausencia de socavados o protuberancias sobresalientes.
- 4.- Ausencia de rebordes agudos.
- 5.- Surcos vestibular y lingual adecuados.
- 6.- Ausencia de bandas cicatrizales que impidan el asentamiento normal de la prótesis en su periferia.
- 7.- Ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen la periferia de las prótesis.
- 8.- Relación satisfactoria de los rebordes alveolares

superior e inferior.

9.- Ausencia de pliegues de tejidos blandos, redundancias o hipertroflas en los rebordes o en los surcos.

10.- Ausencia de enfermedades neoplásicas.

EXTRACCIONES

Las extracciones previstas deben ser hechas inicialmente en el plan de tratamiento, pero no antes de haber efectuado una evaluación cuidadosa y completa de cada diente remanente del arco dentario. Independientemente de su estado, cada diente debe ser evaluado en lo concerniente a su importancia estratégica y a su contribución potencial al éxito de la prótesis parcial removible. Con el conocimiento y la capacidad técnica con que cuenta actualmente la odontología, casi cualquier diente puede ser salvado, si su retención es lo suficientemente importante como para garantizar el procedimiento necesario. Por otra parte los procedimientos heroicos de salvar dientes seriamente comprometidos o aquellos de naturaleza dudosa cuya retención poco contribuye al tratamiento, están contraindicados. La extracción de órganos dentarios no estratégicos que presentan complicaciones o aquellos cuya presencia pueda ser perjudicial para el diseño de la prótesis parcial, no constituye un signo de fracaso, sino

una acción vallosa para el tratamiento y una parte integral del plan de tratamiento total.

RESTOS RADICULARES

Generalmente todas las raíces retenidas o los fragmentos radiculares, deben ser eliminados.

Esto es particularmente cierto si están en íntimo contacto con la superficie de tejido o, por supuesto, si existe evidencia de una patología asociada. Los restos radiculares adyacentes a los pilares pueden contribuir al progreso de las bolsas periodontales, comprometiendo los resultados del tratamiento periodontal subsiguiente.

La eliminación de ápices radiculares puede ser efectuada por las caras vestibulares o palatinas, sin que se produzca una reducción de la altura del reborde o sean puestos en peligro los dientes adyacentes.

Otra opción es la de mantener los restos radiculares dentro de la cavidad oral cuando estos mantengan un buen estado de salud periodontal, para esto se debe realizar

antes que nada el tratamiento endodóntico para después elaborarles sus domos, ya sean de metal o de amalgama. El poder conservar los restos radiculares es beneficioso, ya que ayuda a preservar el hueso alveolar, además de que no interfieren con la inserción de la prótesis parcial removible y, si en algún momento existiera un problema con alguno de los restos radiculares se puede realizar la extracción sin que esta afecte la prótesis, solamente se puede realizar un rebase de la prótesis y listo..

DIENTES RETENIDOS

Todos los dientes retenidos deben ser considerados para su extracción. Los dientes retenidos, no erupcionados o en mal posición, pueden ser extraídos a causa de la presencia de infecciones, reabsorción patológica de los dientes adyacentes y estructura ósea bloqueada, como se ve en los quistes y tumores; dolor, fracturas y otras complicaciones, las cuales pueden interferir con el buen funcionamiento de la prótesis.

DIENTES EN MAL POSICION

La pérdida de dientes solos o en grupos, pueden llevar a la sobreerupción, a la mesialización o una combinación de malposición de dientes remanentes.

En la mayoría de los casos el hueso alveolar de soporte de los dientes sobreerupcionados será llevado oclusalmente a medida que los dientes continúan su erupción proporcionando un buen soporte para los que están fuera de armonía con el arco dentario. La ortodoncia puede ser útil para la corrección de muchas discrepancias oclusales. Pero para algunos pacientes dicho tratamiento puede no ser práctico debido a la falta de dientes para el anclaje de los aparatos ortodónticos o por otras razones. En estos casos, los dientes o los grupos de dientes y sus huesos alveolares pueden ser reposicionados. Este tipo de cirugía puede ser lograda y debe ser seriamente considerada antes de condenar dientes adicionales o comprometer el diseño de las prótesis parcial removible.

QUISTES Y TUMORES

Las radiografías panorámicas son recomendadas para el control de los maxilares en busca de patologías insospechadas. Cuando una zona sospechosa aparece en la radiografía de control, debe ser tomada una radiografía periapical para confirmar o no la presencia de la lesión.

En la cavidad bucal pueden existir diferentes tipos de quistes: de desarrollo, de naturaleza neoplásica y de retención todos los cuales pueden ser asépticos o infectados.

El odontólogo debe considerar la posibilidad de un quiste en todo paciente portador de una tumefacción en las vecindades de la boca, o cuando presenta radiográficamente alguna zona radiolúcida en el hueso.

La mayoría de los tumores benignos o excrecencias anormales son fácilmente diagnósticables, visual, digital o radiográficamente por el cirujano dentista bien adiestrado.

En caso de duda por parte del clínico acerca de la identidad del tumor, está indicada una biopsia

preoperatoria. No obstante, es imprescindible que un patólogo competente examine todo tejido extirpado de la cavidad oral, aun cuando clínicamente parezca tratarse de un proceso no maligno.

EXOSTOSIS Y TORUS

La existencia de agrandamientos óseos anormales, no deben ser dejados de modo que comprometan el diseño de la prótesis parcial removible. Aunque la modificación del diseño de la prótesis, puede a veces ser acomodada a la exostosis, frecuentemente esto da lugar a cargas adicionales sobre los elementos de soporte, comprometiendo la función. La eliminación de las exostosis y torus no es un procedimiento complejo y las ventajas que pueden ser obtenidas de ellas son grandes, en contraste con el efecto negativo que puede originar su presencia continua. Generalmente la mucosa que cubre las protuberancias óseas es extremadamente delgada. Los componentes de la prótesis parcial cercanos a este tipo de tejido, puede originar irritación y ulceración crónica. Así

mismo. las exostosis que se aproximan a los márgenes gingivales pueden complicar el mantenimiento de la salud periodontal y conducir a una pérdida eventual de los pilares estratégicamente ubicados.

TEJIDOS HIPERPLASICOS.

Los tejidos hiperplásicos se presentan en forma de tuberosidades fibrosas, rebordes abultados y blandos, pliegues excedentes de tejidos en el vestíbulo y en el piso de la boca y como papilomatosis palatina. Todas estas formas de exceso de tejido deben ser eliminadas para proporcionar una base firme a la prótesis. Esto dará como resultado una prótesis más estable y reducirá las cargas y tensiones sobre los tejidos y dientes de soporte.

La irritación, hipertrofia o inflamación de la mucosa bajo una prótesis existente pueden ocurrir por una o más de las siguientes situaciones: 1) carencia de descansos positivos, 2) bacterias y hongos, 3) eficaz adaptación del dispositivo al tejido, 4) hiperoclusión de la prótesis. Con frecuencia se logra mejor el tratamiento requerido

quitando el aparato causal hasta que el tejido cicatrice o construyendo una prótesis terapéutica.

El tejido hiperplásico puede ser eliminado empleando cualquier combinación preferida de bisturí, cureta o electro cirugía. Alguna forma de apósito quirúrgico debe ser considerada siempre para estos pacientes, de modo que el periodo de cicatrización sea más conformable. Una prótesis vieja adecuadamente modificada, puede servir como apósito.

INSERCIONES MUSCULARES Y FRENILLO.

Como resultado de la pérdida de altura del hueso alveolar, los músculos pueden insertarse sobre o cerca de la cresta alveolar. los músculos milohioideo, buccinador, mentoniano y geniogloso son los que más constantemente originan problemas. Además del problema de las inserciones musculares, el mentoniano y el buccinador ocasionalmente producen protuberancias óseas en sus inserciones que pueden también interferir en el diseño de la prótesis.

Los frenillos labial y lingual son probablemente las fuentes más frecuentes de interferencia del frenillo con el diseño de la prótesis. Estos pueden ser modificados con cualquiera de los procedimientos quirúrgicos disponibles. Bajo ninguna circunstancia, debe ser permitido que un frenillo interfiera en el diseño o comodidad de una prótesis parcial removible.

ESPINAS ÓSEAS Y REBORDES AFILADOS.

Las espinas óseas cortantes deben ser eliminadas y las crestas agudas deben ser ligeramente redondeadas. Estos procedimientos deben ser llevados a cabo con la mínima pérdida de hueso. Si a pesar de ello, la corrección de una cresta alveolar afilada, trae como consecuencia un insuficiente soporte alveolar para la base protética, entonces hay que recurrir a la profundización vestibular para corregir la deficiencia o a la inserción de injertos para corregir el problema.

HIPERQUERATOSIS.

Todas las lesiones anormales de tejidos blandos, deben ser incididas y sometidas a examen patológico antes de confeccionar una prótesis. Aún cuando el paciente refiera la historia clínica del caso como de antigua aparición y presente por un período indefinido, esta indicada su eliminación. La nueva o adicional estimulación sobre la zona inducida por la prótesis, puede ocasionar molestias o aun cambios malignos.

TRATAMIENTO PERIODONTAL.

El acondicionamiento periodontal del paciente parcialmente desdentado que requiere tratamiento protético involucra la aplicación de todas las medidas pertinentes para establecer y preservar la salud periodontal a largo plazo. Así mismo implica la creación de condiciones periodontales favorables que facilitarán y favorecerán la duración de la intervención protética.

Una adecuada higiene bucal es la base de la salud

periodontal, y existe una correlación definida entre ésta y la placa bacteriana, la longevidad dentaria y consecuentemente, la duración de las restauraciones protéticas.

ODONTOXESIS Y PROFILAXIS

Se requiere una profilaxia completa y escrupulosa antes de iniciar el tratamiento, de tal modo que pueda elaborarse una réplica exacta de todas las superficies dentales. La profilaxia quita de los dientes cualquier desecho, para poder tomar impresiones detalladas y eliminar la posibilidad de dejar un depósito en la impresión y los modelos, que provoque detalles burdos o vagos en el modelo.

Uno de los más importantes servicios brindados al paciente es la remoción de los depósitos de cálculo y placa de la superficies coronaria y radicular de los dientes. El curetaje y el alisamiento radicular comprometen al tratamiento definitivo de la enfermedad periodontal. Sin una remoción cuidadosa de los cálculos, placa y cemento

necrótico, ninguna otra forma de terapia periodontal puede llevar al éxito.

TECNICA DE CEPILLADO.

La mayoría de los pacientes se cepillan los dientes con intervalos bastantes regulares, pero no llegan a hacerlos con minuciosidad suficiente como para prevenir la generación de la enfermedad periodontal. Una razón común para el nivel inadecuado de higiene bucal personal es la falta de conocimiento apropiado de la enfermedad periodontal y la caries y la falta de motivación para combatir las.

En la mayoría de los casos, la fase terapéutica relacionada con la causa debe ser indicada por la demostración al paciente de los síntomas de enfermedad dentaria hallados en su boca. El odontólogo deberá identificar las áreas de salud dental y periodontal así como los puntos con síntomas de enfermedad. El paciente debe aprender a reconocer una lesión cariosa, a distinguir entre una unidad gingival sana y una inflamada y a

apreciar la diferencia entre una profundidad de sondeo normal y una incrementada.

Es importante que el odontólogo ponga énfasis en que las bacterias que colonizan las superficies dentarias son la causa principal tanto de enfermedad periodontal como de caries.

Posteriormente se le indicará al paciente sobre la ubicación de la placa en la dentadura. Primero, se tiñe la placa con una solución reveladora, después, el paciente y el odontólogo conjuntamente examinan las superficies dentarias, una por una, en busca de placa. Hay que identificar las áreas de la dentición sin placa y sin signos de patología, así como aquellas con placa y signos asociados de enfermedad periodontal y caries. El paciente debe entonces adquirir conciencia de que su participación activa en el tratamiento es esencial para un resultado exitoso.

En la literatura se ha descrito una diversidad de métodos o técnicas de cepillado dental. estos métodos pueden ser clasificados en diferentes categorías con respecto a las pautas de movimiento que el cepillo ejecuta:

rotación: "movimiento rotatorio", "Stillman modificado".

vibratorio: "Stillman", "Charters", "Bass".

circular: "Fones".

vertical: "Leonard".

horizontal: "Fregado".

Se ha llevado a cabo una cantidad de estudios con el fin de comprobar el efecto limpiante logrado por el cepillo con alguna de las técnicas presentadas. Hasta ahora, ningún método de cepillo demostró ser claramente superior a los demás.

Más importante que la elección de un cierto método de cepillado dental en la creación de hábitos apropiados de cuidados hogareños es la voluntad y, en cierta medida, la capacidad de cada persona de limpiarse apropiadamente los dientes. El control de los resultados de la limpieza dentaria personal, preferentemente por el uso de agentes revelantes de placa, es también más importante para la institución de hábitos hogareños apropiados de cuidados personales que la instrucción y práctica de un método determinado de cepillado.

Los métodos de Bass (Bass, 1954) y de Charters

(Charters, 1948) son comúnmente los más recomendados.

EL METODO DE BASS.

A un cepillo multipenacho, blando, se aplica en un ángulo de 45° respecto del eje longitudinal de los dientes y se presiona en sentido apical contra el margen gingival. Se mueve al cepillo en una dirección anteroposterior, con acciones cortas, y con un movimiento de vibración. Cuando se limpian las caras linguales de los dientes anteriores, el cepillo tiene que pasar a una posición vertical para lograr el acceso apropiado al área gingival de los dientes. El método de Bass, bien utilizado, es eficaz para la remoción de los depósitos blandos ubicados inmediatamente por encima y debajo del margen gingival.

EL METODO DE CHARTERS.

Se ubica la cabeza del cepillo contra los dientes en un ángulo de aproximadamente 45° con respecto al plano oclusal. Las cerdas estarán dirigidas hacia oclusal/inclisal

y se moverá el cepillo ida y vuelta en un movimiento rotatorio. Este método de limpieza dentaria es particularmente eficaz en los casos de recesión de las papilas interdentes, es decir, cuando esos espacios están abiertos y así accesibles a la penetración de las cerdas.

La limpieza dentaria con un cepillo común no eliminará bien la placa en las áreas interdentes. Por lo tanto se deben utilizar instrumentos auxiliares para la remoción interproximal de la placa. Según la forma del espacio interproximal se utilizará hilo o cinta dental, cepillos interproximales y/o cepillos mono penachos.

Es difícil descubrir la placa microbiana, sobre todo para un ojo no adiestrado. Por lo tanto, se deben emplear agentes revelantes, para demostrar la presencia y ubicación de la placa y para evaluar la eficacia de la técnica de cuidados hogareños. Por regla, el agente revelante debe ser aplicado después del cepillado y la limpieza interdental. Así el paciente puede identificar los puntos donde la técnica de higiene bucal es inadecuada.

Se debe usar un dentrífico en combinación con el cepillo dental con el propósito de 1) facilitar la remoción

de la placa, y 2) aplicar agentes a las superficies dentarias con fines terapéuticos o preventivos. El dentrífico es también un vehículo excelente para la aplicación de sustancias a las superficies dentarias, tales como fluoruros, antisépticos, enzimas u otras sustancias para la desensibilización de las superficies dentarias hipersensibles y para retardar la formación de tártaro supragingival.

GINGIVITIS.

Generalmente se está de acuerdo con que es menester eliminar la inflamación gingival antes de ser iniciada la terapia protodóntica. Es conveniente posponer éste si el paciente demuestra incapacidad para controlar la formación de la placa a pesar de los repetidos esfuerzos del odontólogo de motivarlo en el procedimiento de cuidados en el hogar. En estos casos cabe indicar restauraciones temporales de forma adecuada y bien pulidas, que posean oclusión correcta y adaptación gingival. El odontólogo enfrenta el dilema de ser incapaz

de predecir el avance de la inflamación gingival y sin embargo tener que intervenir con restauraciones y prótesis para restaurar dientes cariados y reemplazar dientes ausentes.

PERIODONTITIS.

Clinicamente, la enfermedad periodontal se caracteriza por las alteraciones de color y textura de la encía, es decir, enrojecimiento y tumefacción, así como una tendencia incrementada a la hemorragia al sondeo en el área del surco/bolsa gingival. Además los tejidos periodontales pueden exhibir una resistencia reducida al sondeo y/o recesión de los tejidos. Las etapas avanzadas de la enfermedad también están asociadas con frecuencia a una movilidad dentaria incrementada y desplazamiento de los dientes.

En la radiografía, se puede reconocer la enfermedad periodontal por la altura reducida del hueso alveolar.

Cuando hay bolsas periodontales es más difícil la

remoción de la placa, y consecuentemente, aumenta el riesgo del progreso de la enfermedad periodontal. En general, el tratamiento periodontal tiene como finalidad la eliminación de la bolsa, si bien existe la evidencia de que las bolsas recidivan si no es mantenido un alto nivel de higiene bucal. Por consiguiente, aquellos pacientes que son incapaces de mantener sus bocas libres de placa no son buenos candidatos para la cirugía periodontal especialmente si ésta será seguida por la colocación de una prótesis parcial fija o removible. Los pacientes con higiene bucal excelente son aptos para la remoción quirúrgica de bolsas y el subsiguiente tratamiento protético.

Aunque estos pacientes son los que tienen el mejor pronóstico para la odontología rehabilitadora extensa, se recordará que la higiene bucal no es el único criterio por considerar.

TRAUMA PERIODONTAL.

Además de la inflamación hay otras enfermedades que afectan al periodonto. La más significativa de éstas es

de naturaleza degenerativa y se llama trauma periodontal, trauma oclusal u oclusión traumática. El trauma periodontal no es una maloclusión y no es causada por ninguna desarmonía oclusal específica. Es de naturaleza ya sea aguda o crónica, y la formación crónica es la que se observa con mayor frecuencia en el acondicionamiento periodontal preprotético. Es una lesión de los tejidos periodontales de soporte que afectan el ligamento periodontal y el hueso y a veces el cemento y la dentina. No se origina de la periodontitis ni de la terapia periodontal, no produce inflamación gingival y no es responsable de la migración del epitelio de unión o la formación de bolsas. Este proceso suele ser reversible al cesar la fuerza traumática. Es una entidad separada que de por sí no tiene efectos que alteren la duración de los dientes pero combinado con procesos periodontales inflamatorios puede acelerar la progresión de bolsas periodontales existentes y la destrucción de los tejidos de soporte de los dientes, y de ese modo acortar su vida útil.

El signo clínico más importante del trauma periodontal es la movilidad de los dientes involucrados.

Puede ser causado por una fuerza que excede la tolerancia de los tejidos de soporte que son cuantitativamente suficientes para resistir fuerzas oclusales normales, tales fuerzas generalmente se originan de hábitos parafuncionales, o en algunos casos por cambiar la oclusión del paciente durante procedimientos restauradores.

Por otro lado, puede ser causado por cualquier fuerza oclusal que exceda la tolerancia de los tejidos periodontales de soporte debilitados por periodontitis.

Las indicaciones del mejoramiento del soporte periodontal mediante el crecimiento óseo son limitadas y forman parte del tratamiento periodontal que tiende a la eliminación de bolsas mediante procedimientos regeneradores. La inflamación del ligamento periodontal y no únicamente de la encía es la responsable de la movilidad, y en estos casos la movilidad es frecuentemente eliminada por la reducción de la inflamación mediante el control de la placa, raspado, alisamiento radicular y pulido. Sin embargo, la reducción de la inflamación no siempre elimina completamente la movilidad dentaria,

entonces se recomienda la redistribución de fuerzas mediante una minuciosa equilibración oclusal con la disminución resultante de la movilidad de los dientes. La equilibración de la oclusión es el primer enfoque terapéutico para la resolución del problema de la movilidad dentaria cuando la inflamación está controlada. La sola eliminación de las fuerzas traumáticas en presencia de una inflamación periodontal marginal no dará por resultado la regeneración ósea alveolar. Tanto la inflamación como el trauma oclusal deben ser controlados antes que se pueda producir la regeneración del hueso alveolar.

Cuando el periodonto está muy destruido y es evidente la hipermovilidad, el tratamiento de elección es la extracción. Cuando no es factible estabilizar dientes hipermóviles mediante la equilibración oclusal y el pronóstico periodontal es bueno, el odontólogo ha de considerar la ferulización temporal en un intento de solucionar el problema de hipermovilidad.

ANOMALIAS DEL COMPLEJO MUCOGINGIVAL.

El complejo mucogingival consta de la encía y de la mucosa vestibulolingual adyacente, junto con las superficies vestibulares y linguales de los dientes. La anomalía más importante de esas estructuras que pueden afectar los futuros dientes pilares es la atrofia gingival, caracterizada por la recesión de la encía y exposición de la superficie radicular dentaria. Esta recesión es a menudo acompañada por una o todas las causas que se mencionan a continuación: vestibulo plano, frenillo corto y encía de inserción angosta o inexistente.

Una superficie radicular descubierta es dolorosa o antiestética. Este problema puede ser corregido por la reposición lateral de la mucosa masticatoria sobre las raíces o, si el caso ofrece condiciones anatómicamente favorables, mediante un injerto autógeno libre colocado sobre la raíz.

Un vestibulo plano o un frenillo corto, o la encía insertada inadecuadamente son todas las condiciones anormales que favorecen a la atrofia gingival y la

consiguiente recesión. Cualquiera de esas anomalías que afecten a los dientes elegidos para prótesis removible deben ser corregidas.

Una base gingival estrecha o una encía insertada inexistente frecuentemente es detectada del lado vestibular de premolares inferiores. Se juzgará inadecuado el ancho de la encía insertada cuando hay signos evidentes de que la cantidad de la encía insertada presente podría no resistir la traumatización de la reducción dentaria, o a la colocación de un retenedor de una prótesis parcial removible. Los signos de peligro por considerar en la presencia de una banda estrecha de encía insertada son: 1) presencia de recesión y de inserciones musculares altas de vestibulos planos, y 2) un frenillo que arrastra y desplaza la encía insertada y la libre. Ante la presencia de cualquiera de estos problemas, se recomienda insistentemente la ampliación quirúrgica de la encía insertada de protección.

CIRUGIA PERIODONTAL.

Después de la profilaxis y las técnicas de cepillado se procede a la cirugía periodontal. Si la higiene bucal está en un nivel óptimo y aun la profundización del surco y la inflamación no han sido resueltas pueden ser empleadas una variedad de técnicas quirúrgicas periodontales para satisfacer los objetivos de la terapia periodontal para el paciente que usará una prótesis parcial removible, destinadas en su mayoría a la eliminación de la bolsa periodontal y a un retorno a la arquitectura fisiológica de la zona.

La eliminación de la bolsa puede ser lograda mediante contracción, excisión quirúrgica y procedimientos para obtener una nueva inserción. De éstos, la excisión quirúrgica ofrece al periodoncista los mejores resultados. Los procedimientos quirúrgicos también brindan la oportunidad de recrear un patrón fisiológico, arquitectónico y, por lo tanto, mucho de la terapia periodontal es de naturaleza quirúrgica.

GINGIVECTOMIA.

Esta forma de terapia quirúrgica es uno de los más antiguos procedimientos y uno de los que ha sido más empleado durante años. Cuando está indicada, la gingivectomía satisface los objetivos previamente establecidos para la terapia periodontal. Sin embargo, a medida que la periodoncia ha experimentado un gran refinamiento en años recientes y los requisitos para un tratamiento exitoso han sido ampliados, los casos en que sólo la gingivectomía era suficiente han sido reducidos a un mínimo.

La gingivectomía está indicada cuando están dadas las siguientes condiciones:

1. Bolsas supraóseas de tejido fibrótico.
2. Ausencia de deformaciones en el tejido óseo subyacente.
3. Profundidad de bolsa confinada a la banda de encía adherente.

Si existen deformaciones óseas o si la profundidad de

la bolsa atraviesa o alcanza la unión mucogingival, la gingivectomía no es el procedimiento de elección. La técnica de la gingivectomía es mejor lograda con instrumentos cortantes adecuados. Sin embargo, la gingivoplastia o la reconfomación de la encía también puede ser realizada con la electrocirugía y piedras de diamante.

Debido a que la gran mayoría de los pacientes con enfermedad periodontal de moderada a grave, han experimentado varios grados de pérdida ósea, la gingivectomía sólo raramente puede restablecer la arquitectura fisiológica deseada.

COLGAJO PERIODONTAL.

Hoy en día, el colgajo reposicionado apicalmente es el procedimiento quirúrgico periodontal de mayor versatilidad y consecuentemente es empleado con amplitud en el tratamiento de la enfermedad periodontal.

Las indicaciones para el colgajo reposicionado son las siguientes:

1. Profundidad de bolsa que atraviesa la unión mucogingival.

2. Presencia de deformaciones óseas que deben ser corregidas para eliminar la bolsa y restaurar la arquitectura fisiológica.

3. Inserción muscular o de frenillo en el margen gingival. Además del colgajo reposicionado apicalmente, otras técnicas quirúrgicas mucogingivales han sido incorporadas para el tratamiento periodontal para la eliminación de la enfermedad periodontal y para la preparación de la boca cuando hay que aplicar los procedimientos restauradores y protéticos. Entre éstos, se encuentran los colgajos laterales deslizantes, los injertos pediculados y los injertos gingivales libres. Estos procedimientos tienen aplicación particular en el restablecimiento de una adecuada zona de encía adherida al rededor de los pilares para la prótesis parcial removible requiere como mínimo 2 mm., de encía adherida para preservar la salud gingival.

TRATAMIENTO ENDODONTICO.

Siempre que sea posible proveer el tratamiento endodóntico, está indicado para los pacientes con necesidad de un aparato parcial . La raíz produce el estímulo para conservar y retener el hueso. Salvar un resto radicular genera más soporte del ligamento periodontal para la prótesis, que es mucho mayor al apoyo que puede brindar la base protética parcial colocada directamente sobre la mucosa. Muchas ocasiones la sobredentadura situada por encima de una raíz residual es el mejor tratamiento pues disminuye de manera importante la proporción entre la corona y la raíz y favorece el pronóstico de la raíz remanente.

Si es preciso colocar una corona y un poste en cualquier diente tratado endodónticamente, dicho órgano no debe usarse como descanso rotacional o eje para una prótesis parcial de extensión. Las fuerzas de torsión del aparato de extensión sobre la corona y el poste pueden fracturar la raíz.

PREPARACION DE LOS DIENTES PILARES.

Después de la cirugía, del tratamiento periodontal y de cualquier tratamiento endodóntico del arco dental involucrado, los dientes pilares pueden entonces ser preparados para brindar soporte, estabilización, reciprocación y retención de la prótesis parcial.

El tipo o extensión de la preparación y restauración de los dientes pilares estará determinado por las caries existentes, la susceptibilidad a la caries, los contornos dentarios, las posiciones dentarias, la oclusión, la relación coronaria-radicular, la resistencia del hueso de soporte ante carga máxima, el número, localización y extensión de las áreas desdentadas y los requisitos estético del caso por tratar.

El prerrequisito primario antes de incluir cualquier restauración es preparar las superficies guía en todos los dientes. Esto establece la vía de inserción para la prótesis parcial removible. Luego de diseñar los dientes para las superficies guía, se puede hacer la preparación para la restauración. Si no se sigue esta secuencia, tal vez resulte

imposible obtener la vía de inserción adecuada sin poner en riesgo la restauración.

Las obturaciones de amalgama son satisfactorias para los soportes de la prótesis parcial si existe suficiente volumen de estructura dental para el soporte conveniente de la obturación. El volumen adecuado es consideración fundamental en las zonas de los descansos y las superficies guía.

Cuando se vayan a emplear coronas completas, incrustaciones, onlays o coronas veneer se pueden requerir vaciados en dientes individuales. Se necesitan las coronas completas para: 1) restaurar las coronas clínicas demasiado destruidas, 2) reubicar el plano oclusal, 3) reubicar la corona clínica y 4) proveer descansos adecuados, sobretodo en los dientes anteriores. Las incrustaciones, las onlays y las coronas veneer son tratamientos más conservadores, y su uso se prefiere siempre que sea posible.

La corona clínica restaurada mediante un colado no tendrá los contornos del diente original. Con la pérdida de los dientes adyacentes y las estructuras contiguas de

soporte por lo regular se necesita eliminar las curvaturas mesial y distal para que las superficies guía del vaciado puedan deslizarse a su posición sin dejar espacio entre la prótesis y las estructuras bucales residuales. La situación existente no es igual al estado normal del tejido y el diente como originalmente existió cuando todos los tejidos estaban intactos. Se altera la forma dental para una mayor compatibilidad con la situación actual.

Las coronas veneer son el mejor tratamiento siempre que sea posible, pues se conserva la estructura dental, la estética vestibular permanece inalterada y sigue, intacta la unión normal del tejido y el diente en la superficie vestibular.

Se requieren impresiones de todo el arco para el encerado y la elaboración de las coronas y las onlays; registran todas las superficies guía que afectan la vía de inserción.

Después, es posible elaborar el encerado de la corona y el colado final junto con todas las demás superficies guía y con los contornos retentivos adecuados.

MODIFICACIONES DENTALES.

Se preparan primero las superficies guía como lo determina y contornea la vía de inserción en el modelo diagnóstico. Las superficies guía no tienen que ser planos rasos: el objetivo es eliminar las socavaduras dentales.

Por lo regular, se redondea la superficie del diente siguiendo la curvatura del mismo. Se usa una fresa grande de diamante con forma cilíndrica, junto con agua y aire, casi en el mismo procedimiento de formación y desgaste usado para establecer el paralelismo en la preparación de los soportes para las prótesis fijas.

Las superficies interproximales pueden requerir modificación a fin de proveer espacio para el vaciado metálico y conservarlo en los contornos dentales.

Las superficies dentales linguales pueden requerir reducción si los dientes están inclinados e impiden la vía de inserción de la barra lingual.

Puede requerirse la eliminación de las socavaduras excesivas en las zonas del retenedor vestibular para que los retenedores no se alejen de la mucosa y produzcan

Interferencia con el carrillo.

Se preparan los descansos después de terminar las superficies guía. Esto garantiza la ubicación adecuada de las crestas marginales y de los contornos de los descansos. Los requerimientos fundamentales en la preparación de los descansos son los siguientes:

1. Todas las superficies deben estar redondeadas y uniformes sin ángulos agudos.

2. Es indispensable un espesor mínimo de 1 mm.

3. El asiento debe quedar más bajo, en la mitad del diente que en la cresta marginal.

4. La preparación del descanso tiene que ser más ancha en la zona de la cresta marginal que hacia el centro del diente.

5. Las uniones con las otras porciones del vaciado deben ser redondeadas para disminuir las posibilidades de fractura.

6. Todas las partes de la preparación del descanso deben ubicarse en estructura dental sana o sobre restauraciones adecuadas.

Los instrumentos empleados para preparar los

descansos en los dientes posteriores son una fresa redonda de diamante número 6 ú 8 o una de carburo, con agua y aire. Si el descanso es parte de una prótesis de extensión vinculada con un eje de rotación, la porción del descanso se prepara como un medio círculo de tal modo que forma una articulación esferoidal, permitiendo un eje de rotación puro.

Si se prepara el descanso como una inclinación en el punto de rotación, el descanso parcial pudiera tender a deslizarse hacia abajo por la pendiente, generando fuerzas laterales o de torsión sobre el diente.

Es limitada la preparación de los descansos anteriores en la estructura dental natural por la anatomía del diente y el espesor del esmalte. Los intentos por labrar los descansos anteriores en el esmalte pueden causar: 1) una preparación inadecuada que no proveerá un asiento positivo para el descanso y estabilización o 2) penetración de la unión amelodentinaria con la posibilidad de caries. Si se perfora la dentina, es posible sellar la unión con amalgama. Es imperativo proveer un asiento positivo y definido para el

descanso, hecho que por lo regular fuerza la colocación de una restauración.

Se logra la preparación en la estructura dental natural usando una pequeña fresa piramidal de diamante, que se coloca con angulación de 45° al eje longitudinal del diente. La mayor parte del descanso se prepara en el esmalte grueso de la cresta marginal.

El examen de los modelos de diagnóstico montados, que muestran la relación de los dientes anteriores, determina la colocación de los descansos anteriores. La preparación del descanso se debe ubicar de tal modo que no impida el esquema oclusal planeado en las posiciones céntricas y excéntricas. En algunas situaciones los descansos pueden servir para reponer la dimensión vertical y la guía anterior.

La preparación de los descansos incisales puede ser mínima, pues con frecuencia hay extenso desgaste en la superficie incisal y disminución de la dimensión vertical de oclusión.

Se diseña y prepara el descanso para cubrir la mayor parte del ancho mesiodistal del diente y restaurar la altura

oclusal determinada diagnósticamente. Es imperativo que la porción vestibular del descanso se extienda sobre la superficie vestibular del diente para formar un asiento posicional positivo. En muchos casos, todo lo necesario para preparar el descanso incisal es un disco de papel de lija para pulir y eliminar el ángulo linguoincisor agudo.

Todas las superficies preparadas son redondeadas y uniformes a fin proveer volumen y resistencia al vaciado y facilitar la fabricación y limpieza. Se atersan y pulen las superficies con discos de papel de lija de grano fino y medio, seguidos de ruedas de hule para pulir, y finalmente, con pasta pómez.

Si las preparaciones ponen en riesgo la integridad de cualquier diente, pudiera requerirse colocar restauraciones, como las coronas totales.

CONCLUSIONES.

La preparación adecuada de la cavidad oral antes de la colocación de la prótesis parcial removible, se debe tomar en cuenta siempre, y debe ser del todo completa, para que el buen funcionamiento y éxito de la prótesis dentro de la boca sea más seguro.

La prótesis removible esta en íntima relación con las demás especialidades de la odontología, ya que todas deben ser tomadas en cuenta al momento de diagnosticar y planear la colocación de una prótesis parcial removible.

Generalmente todas las áreas de la odontología son practicadas al momento de preparar la boca, entre las que más frecuentemente se emplean están: la cirugía, la periodoncia, la endodoncia, la operatoria dental, y aún la prótesis fija.

Al momento de observar la boca por vez primera, debemos verla desde un punto de vista integral, y no debemos limitarnos únicamente a la confección de la prótesis, sino que debemos de tomar en cuenta el estado de

salud en que se encuentran todos los tejidos que estarán en contacto y soportaran la prótesis removible.

El buen funcionamiento y una larga presencia de la prótesis dentro de la cavidad oral, dependerá de la adecuada preparación de la boca, con todos los órganos y tejidos que la componen, antes de la inserción de la prótesis parcial removible.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA 49 BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Dykema Roland. Ejercicio moderno de la Prótesis Removible, Editorial Mundial, Buenos Aires 1970.
- 2.- Henderson Davls. Prótesis parcial Removible según Mc. Cracken, Editorial Mundi, Buenos Aires.
- 3.-Kratochvil James. Prótesis Parcial Removible, Editorial Interamericana, México, 1989.
- 4.- Kruger Gustav. Tratado de Cirugía Bucal, Editorial Interamericana, México 1987.
- 5.- Lindhe Juan, Periodontología Clínica, Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1992.
- 6.- Miller Ernest. Prótesis parcial Removible, Editorial Interamericana, México 1975.
- 7.- Singer Fritz. Prótesis Parcial, Editorial Buch-un Zeitschriften-Verlag, Berlín, 1973.
- 8.- Stewart Kenneth. Prótesis Parcial Removible, Editorial Actualdades Médico Odontológicas Latino América, C.A, Venezuela, 1993.
- 9.- Zarb George. Tratamiento Prostodóntico para el parcialmente desdentado, Editorial Mundi, Buenos Aires, 1985.