

2818
21



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

F E R U L A S

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
LUCIA TIRADO SAAVEDRA

[Handwritten signature]

ASESORES: DR. C.O FILIBERTO ENRIQUEZ HABIB
C.D. M.O GUADALUPE MARIN GONZALEZ



MEXICO, D. F.

JUNIO DE 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

[Handwritten signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

AGRADECIMIENTOS.

Gracias señor.

Por permitirme llegar a
cumplir mi meta y por este
momento de tanta felicidad.

A MIS PADRES.

JAVIER Y GLORIA.

A ustedes que con su cariño,
apoyo y educación.

Hicieron posible que yo llegara
a cumplir mi meta.

Les dedico esta tesina con todo
mi cariño y amor.

A MIS HERMANAS.

Alicia, Adriana, Gloria y Gabriela.

Porque siempre me han escuchado,
y apoyado.

Espero que compartan con migo
este momento de felicidad.

A MI HERMANO JAVIER Y

A MI CUÑADA LUCILA.

Por su confianza, apoyo, cariño
y consejos, gracias.

Les dedico esta tesina esperando
que esten orgullosos de mi.

A MI HERMANO MENOR.

José de Jesús.

Esperando que esto te sirva
como ejemplo y que sigas
preparandote para que algún
día llegues a darnos una bonita
satisfacción a todos los que te
queremos .

A MIS TIOS

Felipe y Rosario.

Por todos sus consejos y cariño
que me han brindado y que me han
servido para llegar hasta aquí.

A MIS SOBRINOS.

Hilda, Ángel, Carmen, Angelica
Javier, Alejandra, Diana y
Brendita.

Que los quiero mucho, y que
espero que ustedes algún día
lleguen a cumplir sus metas
y llenen de orgullo a sus
padres y así mismos.

A MI ABUELITA

Por su cariño y consejos que
me han servido para mi formación.

**A TODA MI FAMILIA
GRACIAS.**

A MI NOVIO

Felix.Ruiz

Por tu Amor,Comprensión,
Respeto y Apoyo que me has
brindado.

Y que gracias a eso, hemos
llegado a cumplir juntos una de
nuestras más valiosas metas en
nuestras vidas.

A LA FAMILIA RUIZ .B.

Por su confianza y ayuda
que me han brindado .Gracias.

A LA FAMILIA SALAS GONZALES

Por su apoyo, confianza, consejos y
cariño, los quiero y respeto mucho.

A TI AMIGA CLAUDIA.

Por tu ayuda incondicional, por
tu tiempo, cariño, y por ser mi
amiga.Gracias.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS

Gracias por su sinceridad y cariño.
Esperando que compartan conmigo
este momento.

A MIS MAESTROS Y PROFESORES

Por su enseñanza.

A MIS ASCESORES.

Dr.Filiberto Enriquez Habib.
Dra. Guadalupe Marín González.
Que me guiarón para la realización
de esta tesina. GRACIAS.

FERULAS

INDICE

	pag.	
INTRODUCCION	3	
CAPITULO I.		
1.MOVILIDAD DENTARIA		
1.1Definición.....	5	
1.2Clasificación.....	5	
CAPITULO II.		
2.FACTORES RELACIONADOS CON LA MOVILIDAD DENTARIA.		
2.1Consideraciones Anatómicas.(Número de Raices, Forma y Longitud).....		9
2.2Hábitos.....	9	
2.3Bruxismo.....	10	
2.4Interferencias Oclusales.....	11	
2.5Trauma Oclusal.	11	
2.6Absorción Radicular.....	13	
2.7Movimiento Ortodóntico.....	13	
2.8Enfermedad Pulpar.....	14	
2.9Apicectomia.....	14	
2.10Cirugía Osea Resectiva.....	15	
2.11Enfermedad Periodontal.....	15	

CAPITULO III

3. TRATAMIENTO DE LA MOVILIDAD DENTARIA.

3.1 Tratamiento Periodontal Convencional.....	17
3.2 Ajuste Oclusal.....	18
3.3 Tratamiento Endodóntico.....	18

CAPITULO IV.

4.-FERULAS.

4.1 Clasificación.....	22
4.2 Pronóstico.....	34
4.3 Mantenimiento.....	35
4.4 Plan de Tratamiento.....	36

CONCLUSIONES.....	39
--------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA.....	40
--------------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

La movilidad dentaria, representa un reto para el cirujano dentista, ya que los procedimientos requeridos para su manejo, regularmente deben implementarse, desde el tratamiento endodóntico, periodontal, restaurativo, ortodóntico, etc..

Es conveniente priorizar el orden de los procedimientos terapéuticos, definiendo y erradicando hasta donde sea posible el factor causal, se procede al tratamiento que promueva la restitución del aparato de inserción. Actualmente contamos con recursos como la regeneración tisular, que es un procedimiento de reciente incorporación a la terapia periodontal, así como otros procedimientos clínicos que nos auxilien en el tratamiento integral.

Los dientes con daño severo en el aparato de inserción generalmente no logran reducir la movilidad e incluso se puede apreciar una movilidad progresiva, una vez comprobado este proceso, justamente es cuando debemos considerar la férula como recurso indispensable para lograr la estabilidad y consecutivamente la función adecuada para llevar a cabo la masticación, función y estética.

Finalmente, el tiempo será el factor que determinará el éxito o no de nuestro tratamiento, debemos resaltar que el mantenimiento y cuidado tanto por parte del paciente como del cirujano dentista será lo que marque la pauta absoluta e indispensable para los resultados deseados.

63

CAPITULO I

1.MOVILIDAD DENTARIA

La movilidad dentaria es el desplazamiento de los dientes en cualquier tipo de dirección, ya sea (bucolingualmente o mesio- distalmente), esto resulta por la pérdida continua de los tejidos de sostén (hueso alveolar, cemento radicular y ligamento periodontal).

Como regla general, la movilidad se gradúa clínicamente con un método simple como el siguiente :El diente se sujeta de manera firme entre los mangos de dos instrumentos metálicos o con uno y un dedo, y se hace una fuerza para moverlo en todas direcciones, en particular bucolingualmente.

La movilidad se gradúa de la siguiente manera :

Grado 1. Movilidad de la corona dentaria de 0,2-1mm en dirección horizontal (movilidad ligera).

Grado 2. Movilidad de la corona dentaria que excede 1mm en dirección horizontal (movilidad moderada).

Grado 3. Movilidad de la corona dentaria también en dirección vertical (movilidad exagerada). (3,4).

1.2. Clasificación de la movilidad dentaria.

Movilidad dentaria aumentada.

Movilidad dentaria progresiva.

Movilidad dentaria fisiológica y patológica.

Movilidad dentaria aumentada.

Está determinada por las mediciones clínicas y se expresa en términos de la amplitud del desplazamiento de la corona de un diente.

Sin duda , la movilidad dentaria aumentada puede ser observada con el traumatismo de la oclusión ,pero también puede ser el resultado de una reducción de la altura del hueso alveolar y/o la presencia de defectos óseos angulares, resultantes de la enfermedad periodontal asociada a la placa así como una patosis periapical, etc.

Movilidad dentaria progresiva(creciente).

Esta movilidad progresiva sólo puede ser identificada por medio de una serie de mediciones repetidas de la movilidad dentaria, efectuadas en un período de días o semanas.

Movilidad dentaria fisiológica y patológica.

Si en la medición clínica tradicional de la movilidad dentaria se aplica una fuerza comparativamente grande a la corona de un diente rodeada por periodonto normal el diente se inclinará dentro de su alveolo hasta que se establezca un contacto estrecho entre la raíz y el tejido óseo marginal (ó apical).

La magnitud de este movimiento de inclinación ,evaluado normalmente con la punta de la corona como punto de referencia es conocida como movilidad dentaria fisiológica.

Si se aplica una fuerza similar a un diente rodeado por un ligamento periodontal de ancho incrementado, la excursión de la corona en sentido horizontal se verá aumentada, la medición clínica demuestra que el diente tiene una movilidad incrementada, es observable asimismo que la altura del hueso alveolar se redujo ,pero el ligamento periodontal conservó el ancho normal; en los sitios en que este tipo de pérdida ósea es extenso, el grado de movilidad dentaria es patológica.(4)

CAPITULO II

2.FACTORES RELACIONADOS CON LA MOVILIDAD DENTARIA.

2.1.Consideraciones Anatómicas.

Características morfológicas de las raíces.Los factores tales como su tamaño,forma y número son de gran importancia.Los dientes con raíces cortas,cónicas, delgadas o fusionadas, en lugar de raíces divergentes, están más predispuestos al traumatismo oclusal.

Las fuerzas con orientación axial son más tolerables que las fuerzas en dirección no axial, que pueden ser funcionales.Si los dientes se encuentran mal alineados el efecto de la fuerza será nociva.

2.2.Hábitos.

Los hábitos son un factor importante en el inicio y la evolución de la enfermedad periodontal.

Un hábito, por definición, es una acción repetitiva, y el resultado común suele ser daño dental o periodontal.

Se clasifican de la siguiente manera:

1.-Neurosis.Como morderse los labios y carrillos, morder palillos y empaclarlos en los dientes, presión lingual, morderse las uñas, morder lápices plumas etc.

2.-Hábitos ocupacionales.Como sostener clavos en la boca como lo hacen los zapateros, carpinteros, cortar hilos, y la presión de las boquillas durante la ejecución de algunos instrumentos, como lo hacen los músicos.

3.-Hábitos varios.Como fumar pipa, masticar tabaco, métodos incorrectos de cepillado dental, respirador bucal y succión del dedo pulgar.(3)

2.3.Bruxismo.

Es el apretamiento o rechinamiento de los dientes tomando la forma de golpeteo y fricción dentaria repetitivos e intermitentes de los maxilares.

El bruxismo ocasiona desgaste dentario, fracturas de los dientes o restauraciones, hipertrofia muscular, mialgia dentaria y cefalea.

Existen cinco categorías de actividad parafuncional(bruxismo) que son las siguientes:

1.-Motivadas psíquicamente.Caracter neurótico.

2.-Motivadas por tensión.

3.-Habitual.

4.-Endógenas(enfermedades sistémicas).

5.-Compensación excesiva(interferencias oclusales).(3,7)

2.4. Interferencias oclusales.

Las interferencias oclusales son contactos que impiden a las demás superficies oclusales alcanzar un contacto estable en muchos puntos. Una interferencia es una relación morfológica y no necesariamente una disfunción. Las interferencias oclusales son capaces de dañar el tejido periodontal de soporte y complicar el movimiento mandibular. Las interferencias que desvían el cierre en posición mandibular se llaman puntos prematuros de contacto y las que lo hacen con el cierre en posición intercuspídea se denominan contactos prematuros intercuspídeos. Las restauraciones o aparatos protésicos que interfieran o alteren la dirección de las fuerzas oclusales en los dientes dan como resultado dolor dental, sensibilidad a la percusión y movilidad.(3)

2.5. Trauma oclusal.

Es la causa de las alteraciones patológicas o los cambios de adaptación generados en el periodonto como resultado de una fuerza indebida, producida por los músculos masticatorios y el contacto dentario.

La lesión causada por el traumatismo por oclusión se divide en :

Traumatismo oclusal primario

Traumatismo oclusal secundario.

Traumatismo oclusal primario.

En este traumatismo existe una reacción tisular (daño) provocado por las fuerzas oclusales anormales sobre estructuras periodontales relativamente sanas.

El traumatismo que se genera en este caso no puede inducir a la destrucción del tejido periodontal, pero puede dar como resultado una absorción del hueso alveolar que conduzca a una movilidad dentaria incrementada que podrá ser de carácter transitorio o permanente.

Traumatismo oclusal secundario.

En este traumatismo las fuerzas oclusales anormales causan lesiones sobre estructuras periodontales que se encuentran severamente debilitadas por la pérdida de hueso alveolar de soporte ,es decir, cuando existe un periodonto de altura reducida.

Los efectos que se generan en este traumatismo pueden ser: Enfermedad periodontal, resección ósea, desplazamiento ápical en el fulcro del diente dentro de su alveolo,etc.

2.6.Absorción radicular.

La absorción radicular es una lesión irreversible , con el resultado de un acortamiento de la raíz y puede ser ocasionada por varios factores.

2.7.Movimiento ortodóntico.

El tratamiento ortodóntico puede causar lesiones a los dientes y al periodonto siempre y cuando se aplique una fuerza excesiva de mayor magnitud, frecuencia,y duración.Se producen ciertas reacciones tisulares en el ligamento periodontal como son las siguientes:

- 1.-Alteraciones inflamatorias.
- 2.-Absorción ósea.
- 3.-Movilidad incrementada (progresiva).

Esto ocurre siempre y cuando al empezar el tratamiento ortodóntico el paciente presenta enfermedad periodontal,cuando no es así y el paciente se encuentra en buen estado periodontal durante el tratamiento ortodóntico no se ve agravado el ligamento periodontal por estas fuerzas excesivas.

Aunque lo más correcto sería utilizar fuerzas ligeras interrumpidas durante el tratamiento ortodóntico.(4)

2.8. Enfermedad pulpar.

Es el grado de inflamación total de la pulpa con presencia de dolor, inflamación de la encía, edema, resorción ósea marginal e interradicular y puede llegar a presentarse exudado, patosis periapical, granulomas, quistes, etc.

Dando como resultado alteraciones en el tercio apical y que puede provocar la extrucción parcial del diente, o bien provocar movilidad dentaria.

La destrucción ósea por enfermedad pulpar es reversible y el periodonto se regenera por completo después del tratamiento endodóntico.(2,4).

2.9. Apicectomia.

La apicectomia, denominada también resección radicular y amputación radicular, es la extirpación de la porción más apical infectada de un diente ya que se pierde parte de la zona de inserción de las fibras de Sharpey, además se afecta la relación corona-raíz.(1,4,6).

2.10. Cirugía ósea resectiva.

La cirugía ósea es el procedimiento por el cual los cambios en el hueso alveolar pueden realizarse para eliminar las deformidades que se produjeron por el proceso de enfermedad periodontal, si la cirugía ósea involucra al tejido de soporte, es decir, que involucre eliminación del tejido óseo que afecte al alveolo producirá menor zona de inserción y consecuentemente habrá movilidad dentaria.(3,4)

2.11. Enfermedad periodontal.

La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso mediante el cual se pierde el soporte dentario, como resultado de la pérdida del aparato de inserción.

La enfermedad periodontal resulta de la extensión del proceso inflamatorio iniciado en la encía hacia los tejidos periodontales de soporte, siempre empieza en el margen gingival y progresa en sentido apical y lateralmente.

La enfermedad periodontal ocasiona lo siguiente:

- 1.- Movilidad dentaria.
- 2.- Absorción ósea.
- 3.- Ensanchamiento del espacio periodontal.
- 4.- Migración dentaria.
- 5.- Pérdida dentaria prematura.(3,6)

CAPITULO III

3. TRATAMIENTO DE LA MOVILIDAD DENTARIA.

3.1. Tratamiento periodontal convencional.

En casi todos los casos puede tomarse una serie de medidas antes de las disposiciones definitivas que están diseñadas para reducir o eliminar los factores causales. Como los factores irritantes, que pueden ser factores iatrogénicos, dientes en mal posición, placa y sarro estos desempeñan un factor muy importante en la etiología de la enfermedad periodontal, su reducción o eliminación debe ser la adecuada para conseguir el éxito de la rehabilitación.

El tratamiento consiste en lo siguiente:

- 1.- Instrucción de higiene bucal.
- 2.- Eliminación de placa.
- 3.- Limpieza minuciosa profesional. Sin esta asistencia, la terapéutica en muchos casos fracasará.
- 4.- Raspado y alisado radicular.
- 5.- Tratamiento quirúrgico.(7)

3.2. Ajuste oclusal.

El ajuste oclusal son medidas que pueden ser utilizadas con el fin de reducir la movilidad dentaria incrementada.

La corona del diente afectado se desgasta para que dirija las fuerzas oclusales en sentido vertical en la línea con el eje mayor del diente.

Este método comprende la reducción de la superficie oclusal en sentido bucolingual y la disminución de los planos demasiado inclinados y de las cúspides que encajan mutuamente. Puede estar indicado el remodelado por que se haya producido una pérdida importante del periodonto de sostén. Si las áreas de contacto son anchas y planas se reducen tallando los espacios interproximales bucal y lingual. Se desgasta el diente con la fresa para disminuir el contacto oclusal, ya que es necesario para corregir la movilidad. (6)

3.3. Tratamiento endodóntico.

Con la tendencia actual al tratamiento combinado endo y periodóntico, tiene suma importancia el diagnóstico para evitar la destrucción innecesaria de pulpas sanas en los dientes afectados por una enfermedad periodontal avanzada. Se llevan a cabo todas las pruebas para determinar si está indicado el tratamiento endodóntico, si es así puede complementarse antes de iniciar el periodontal. (6)

CAPITULO IV

4.FERULAS

Férula :Es un aparato que se diseña para unir dos o más dientes entre sí con propósitos de estabilización e inmovilización de partes dañadas o enfermas, mediante la distribución de las fuerzas sobre los dientes afectados, también previene a los dientes de la migración y la sobreerupción.

La férula reduce los efectos causados por la pérdida de soporte.(3,7,8)

Objetivos:

- 1.-Proteger dientes con movilidad, contra lesiones que pueden causar durante la estabilización en una relación oclusal favorable.
- 2.-Distribuir las fuerzas oclusales para dientes debilitados por pérdida del soporte periodontal.
- 3.-Evitar que un diente natural migre.
- 4.-Función adecuada.
- 5.-Estética.(8)

Requisitos que debe llenar una férula:

- 1.-Incluir más dientes firmes que dientes con movilidad.
- 2.-Si es posible la férula debe llegar a los caninos e incluir un diente más allá de él .Esto se debe a la necesidad de abarcar con la férula grupos de dientes que se muevan bucolingualmente en diferentes planos,a fin de evitar el movimiento simultáneo de toda la férula.
- 3.-Cuando la férula reconstruye caras oclusales, estas deben tener una correcta oclusión, a fin de evitar que haya contactos traumatizantes que se transmitan a todos los dientes ferulizados.
- 4.-Las férulas deben permitir la perfecta higiene, evitando interferir con el margen gingival y los espacios interdetales.(3)

Consideraciones básicas para la ferulización:

- 1.-El método de ferulización se determina por la causa y el grado de movilidad,la condición coronaria de los dientes deberán ser incorporados en la férula así como en la evaluación del estado de hipermovilidad ya sea temporal o permanente.
- 2.-La extensión de la ferulización se determina principalmente por el número de dientes involucrados y su grado de movilidad.(8)

4.1. Clasificación de la estabilización por ferulización.

A. Estabilización temporal.

1.- Férulas extracoronarias que no requieren preparación de cavidades.

a.- Removibles.

i.- Guardas oclusales de acrílico.

ii.- Aparatos de gancho continuo.

b.- Fijos.

i.- Férulas de alambre y acrílico.

ii.- Férulas de malla alambre y acrílico.

iii.- Bandas ortodónticas soldadas en serie.

2.- Férulas intracoronarias.

a.- Férulas de alambre y acrílico.

b.- Férulas de alambre y amalgama.

B.- Estabilización provisional.

1.- Férula de banda de oro y acrílico.

2.- Férula totalmente de acrílico.

C.-Estabilización permanente o a largo plazo .

1.-Férulas removibles.

2.-Férulas fijas.

Indicaciones para la estabilización temporal.

1.-En casos de movilidad provocada por trauma accidental, quirúrgico o traumatismo oclusal, todos de carácter reversible.

2.-Para determinar si la hipermovilidad puede resolverse por métodos conservadores o si la movilidad es causada por una pérdida de soporte lo suficientemente grande para crear movilidad permanente (tal como el traumatismo oclusal relacionado con la enfermedad periodontal), absorción radicular etc.

1.-Férulas extracoronarias.

a.-Removibles.

i.-Guardas oclusales de acrílico.

Existen varios tipos, tales como guarda oclusal de acrílico duro para el maxilar superior e inferior, el guarda elástico y una variación del aparato de Hawley, el guarda nocturno duro de acrílico para maxilar superior e inferior.

Una desventaja de este tipo de estabilización es que los guardas oclusales suelen utilizarse únicamente por las noches, ya que impiden las funciones normales y resultan antiestéticos.

Existen varias indicaciones para la utilización del guarda oclusal.

1.-Para la terapéutica periodontal cuando exista un complemento normal de dientes que padecen movilidad temporal.

2.-Como aparatos retenedores después de un tratamiento ortodóntico.

3.-Es un auxiliar en el tratamiento del bruxismo o en los efectos del mismo.

4.-En el tratamiento de disfunciones temporomandibulares, aliviando el espasmo muscular y el dolor en la articulación.

ii.-Aparatos de gancho continuo.

La ferulización de gancho, continuo removible es un método rápido y económico para controlar la hipermovilidad.

Sus principales desventajas son que si los dientes anteriores deben ser incluidos en el aparato, éste resulta antiestético y no controlará en forma eficaz, los movimientos intrusivos de los dientes excesivamente móviles salvo que se diseñe de tal manera que impida o modifique su eliminación por el paciente.

Estos aparatos ofrecen la ventaja de reponer dientes faltantes y pueden ser retirados para su limpieza, para su exámen y ajuste.

1.-Férulas extracoronarias.

b.-Fijas.

Las férulas extracoronarias fijas suelen estar indicadas para denticiones con mayor probabilidad de que la hipermovilidad sea sólo temporal y pueda resolverse. Este tipo de férulas se indican en :

- 1.-Traumatismo oclusal severo con trastornos periodontales que exigen intervención quirúrgica por enfermedad periodontal avanzada.
- 2.-Hipermovilidad temporal debida a un accidente o trauma quirúrgico.
- 3.-Pacientes que requieren procedimientos de injertos óseos.
- 4.-Pacientes que requieren tratamiento de periodoncia y endodoncia combinada.
- 5.-Cualquier condición que involucre una hipermovilidad de causa desconocida.

i.-Férulas de alambre y acrílico.

Es el método más común y fácil de ferulización fija extracoronaria. En algunos casos, solamente se utiliza alambre, aunque la resina acrílica ofrece la ventaja de mayor estabilidad y mejor estética, especialmente

cuando existen diastemas. Este método suele utilizarse para ferulizar **dientes anteriores y superiores.** Este tipo de férulas exageran mucho los **contornos axiales** de los dientes posteriores, promoviendo la retención de placa y limitando al paciente para su control adecuado de placa.

ii.-Férulas de malla alambre y acrílico.

Las férulas de malla de alambre y acrílico son especialmente apropiadas para la ferulización de dientes posteriores. La banda de malla de alambre proporciona mayor estabilidad que el alambre de ligadura .

Las férulas de este tipo permiten con facilidad la unión de segmentos ferulizados anteriores con segmentos posteriores para proporcionar una estabilidad de arcada cruzada cuando esto sea necesario. Desgraciadamente, esta técnica posee las mismas desventajas y limitaciones que el método extracoronario de alambre y acrílico.

iii.-Férulas de bandas ortodónticas.

Las bandas ortodónticas soldadas en serie pueden emplearse eficazmente para la estabilidad tanto para los dientes anteriores como posteriores.

Sin embargo, los factores estéticos limitan su empleo. Si son adaptadas cuidadosamente, son preferibles a las de malla de alambre y resina acrílica ya que sólo aumentan un pequeño grado los contornos axiales.

Este tipo de férula tiene la ventaja de ser removible en cualquier momento sin daño indebido a la misma, por lo tanto, puede volver a usarse si los dientes requieren mayor estabilización. Esto no es posible con la ligadura de alambre y acrílico o de malla de alambre y acrílico.

2.-Férulas intracoronarias.

Es un excelente método para estabilización de dientes con enfermedad periodontal grave y un pronóstico dudoso.

La estabilización es parte de la terapéutica, especialmente durante la fase quirúrgica del tratamiento periodontal, ya que elimina los patrones de movilidad destructivos que contribuyen a la destrucción continua y retrasan la cicatrización.

Se han diseñado varios métodos de ferulización intracoronaria utilizando amalgama y alambre, resina acrílica y alambre, alambre con espigas con rosca o de retención por fricción.

En la mayor parte de los casos, la férulización intracoronaria se reserva para situaciones en las que la severidad de la enfermedad periodontal hace que la estabilización permanente futura por métodos restaurativos extremos sea indispensable.

La férulización intracoronaria posee las siguientes ventajas:

- 1.-Es más retentiva y proporciona mejor estabilidad.
- 2.-Es fija, lo que asegura que el paciente la utilizará constantemente.
- 3.-No irrita los tejidos gingivales y no impide las medidas de higiene en el hogar.
- 4.-Es relativamente fácil de reparar.
- 5.-La mayor parte de las variaciones son estéticas.(7)

B.-Férulas provisionales.

Las férulas provisionales se utilizan para lo siguiente:

- 1.-Por motivos económicos.
- 2.-Debido a que el pronóstico para todos los dientes restantes es muy dudoso.
- 3.-Debido a que el paciente no pueda aceptar emocionalmente los procedimientos prolongados del tratamiento permanente.
- 4.-Protege a los dientes hasta la colocación de las restauraciones finales.

1.-Férula de banda de oro y acrílico.

Ventajas:

- 1.-Fácilidad de construcción y mantenimiento.
- 2.-Ajuste marginal preciso y márgenes con buen contorno gingival.
- 3.-Óptimo patrón de nicho interproximal.
- 4.-Mayor fuerza.
- 5.-Facilidad en el tallado.
- 6.-Posibilidad de ser retirada y vuelta a colocar con pocas distorsiones.
- 7.-Facilidad de mantenimiento para el medio ambiente periodontal antes, durante y después de la cirugía periodontal.
- 8.-Protección marginal contra la sensibilidad cervical.
- 9.-Facilidad de reparación.

2.-Férula totalmente de acrílico.

Este tipo de férulas se utilizan en un plazo no mayor de seis meses, ya que después de este periodo de tiempo, los márgenes gingivales de la férula provisional suelen mostrar deterioro progresivo, principalmente debido a la acción química del cemento temporal. Tal deterioro contribuye a la retención de placa y a la sensibilidad cervical y si se permite un progreso dará como resultado trastornos gingivales y caries radicular.

El tipo de férula provisional totalmente de acrílico es apropiada bajo las siguientes condiciones:

- 1.-Cuando no se requiere cirugía periodontal antes de la ferulización.
- 2.-Cuando toda la corrección quirúrgica periodontal y la extracción de los dientes perdidos se realiza antes de la ferulización provisional.
- 3.-Cuando un pronóstico favorable reduzca el tiempo entre el tratamiento periodontal y /o endodóntico y las restauraciones finales (menos de seis meses).
- 4.-Cuando el plan de tratamiento no incluya movimientos ortodónticos menores, ya que los movimientos dentales menores exigen prolongar el tiempo total de rehabilitación.

C.-Férulas permanentes.

Las férulas permanentes se utilizan:

- 1.-Para estabilizar los dientes con movilidad.
- 2.-Para utilizar pilares en buenas condiciones para reemplazar dientes ausentes.
- 3.-Para contrarrestar la tensión del trauma de la oclusión cuando la pérdida de hueso hace que las fuerzas funcionales sean traumáticas.

4.-Para mejorar la estética.

Las férulas permanentes se fabrican por lo general después del término de la terapia periodontal definitiva.(6)

1.-Férulas removibles.

La prótesis removible no proporciona la rigidez, ni es tan favorable en cuanto a la distribución de fuerzas como si lo ofrece una dentadura parcial removible.Las férulas han demostrado ser compatibles con la salud periodontal,cuando en el diseño de las mismas se reconocen las fuerzas oclusales sobre los dientes comprometidos periodontalmente.

Las férulas removibles han demostrado incrementar la movilidad dentaria, en dos o tres años, esta movilidad puede regresar a niveles pre tratamiento, si se lleva a cabo los ajustes adecuados en el aparato,y la salud periodontal no se deteriore.

2.-Férulas fijas.

Coronas telescópicas.

Ventajas:

- 1.-Se obtiene una retención aumentada, coronas cortas aisladas o en preparaciones estrechas.Las preparaciones manifiestamente estrechas han demostrado que proporcionan una resistencia inadecuada al desplazamiento de la corona.Las coronas telescópicas no son usadas sobre dientes cortos de anclaje para dentadura parcial removible,a causa del espacio ocupado por el colado adicional.
- 2.-Se obtiene un paralelismo de multiples anclajes de férulas con desviaciones de alineación menores, usualmente, con una reducción dentaria mínima y con sólo un ligero recontorneado de las restauraciones.
- 3.-La ferulización periodontal de arco completo se obtiene en segmentos pequeños múltiples.La división de una férula bilateral también evita la remoción de toda la férula si una corona de anclaje requiere ser reparada.
- 4.-Se proporciona protección a los dientes de anclaje por los copines cementados permanentemente si la estructura es desalojada.
- 5.-Las estructuras.cementadas provisionalmente,pueden ser removidas para el tratamiento de enfermedad periodontal recurrente.
- 6.-En férulas de tramo largo se puede incluir retención adicional sobre los anclajes terminales con preparaciones dentales para los copines.

Desventajas.

1.-Es difícil el ajuste entre los márgenes de la estructura y las líneas de terminado del cópin.

2.-Las coronas telescópicas están contraindicadas en los casos de dientes de anclajes cortos o espacios interdenciales estrechos.

Con las prótesis telescópicas se hace crítica la extracción estratégica de dientes que comprometen los dientes vecinos.(8)

Arco cruzado.

El diseño de arco cruzado de un puente fijo, reduce significativamente el efecto de las fuerzas oclusales; por lo tanto, la estabilidad del puente completo es asegurada y la movilidad de los dientes antes de la colocación del puente no representa un problema pertinente a largo plazo. Esto debe realizarse en pacientes cuyos dientes presentan un mínimo anclaje con los remanentes, si el diente no puede servir como anclaje o no mantiene una buena función masticatoria, entonces debe ser extraído y elaborarse uno para dentadura parcial o total removible. Por el contrario, si estos dientes son mantenidos en la mandíbula deben servir como anclaje para el puente fijo de diseño de arco cruzado.

Este procedimiento, con frecuencia, resulta útil cuando la enfermedad periodontal avanzada hace necesaria la férula que abarque toda la arcada. Los problemas de inserción y extracción resultan más complicados con las férulas bilaterales y una simple reparación implica toda la férula. No obstante, mediante el anclaje cruzado de los pilares con cofias soldadas, la férula bilateral puede dividirse en dos o tres unidades más pequeñas y seguir conservando las ventajas de la férula fija que abarca toda la arcada. (5)

4.2. Pronóstico.

Para que el pronóstico sea favorable después de la ferulización se deben cumplir las siguientes condiciones:

- 1.- La movilidad deberá disminuir o no incrementar, o ser estable.
- 2.- Los tejidos blandos deberán presentar un aspecto sano.
- 3.- El medio ambiente mucogingival deberá ser normal.
- 4.- Los espacios ensanchados del ligamento periodontal deberán adoptar una dimensión normal y ser evidente una lámina dura bien definida en las radiografías.
- 5.- Las zonas periapicales de los dientes tratados endodónticamente deberán revelar signos de cicatrización.

6.-El paciente no deberá presentar molestias.

7.-Las cualidades estéticas, fonéticas y funcionales deberán ser satisfactorias para el paciente como para el dentista.

8.-No deberán existir síntomas de disfunción o alteración en la articulación temporomandibular.(7)

4.3.Mantenimiento.

La meta principal de una terapia periodontal es el establecimiento de un control óptimo de placa,y la prevención de inflamación que promueve la pérdida de la inserción periodontal.Esto requiere de un esfuerzo considerable por parte del paciente en cuanto a tener un programa estricto de cuidado e higiene bucal en el hogar.El odontólogo debe alisar y quitar el sarro por lo menos una vez cada tres meses, monitorear continuamente la salud periodontal del paciente, y motivar al paciente para que realice un cuidado aceptable.

Esta asistencia profesional por parte del odontólogo es lo que se llama terapia de mantenimiento.

El éxito de la prostodoncia fija se mide por la longevidad y duración de la prótesis en una función sana.Para lograr el éxito,la prótesis fija debe ser aceptada biológicamente por los tejidos gingivales de la siguiente manera:

1.-Limpieza.

2.-Ayuda para que haya una forma y control normal del tejido.

3.-Una oclusión armoniosa con la capacidad de adaptación del periodonto.

4.-Seguir los principios de la oclusión en cuanto a dirección, duración,cantidad y frecuencia de una fuerza.(7)

4.4.Plan de tratamiento.

El plan de tratamiento es el proyecto para el tratamiento del paciente.Este abarca todos los procedimientos que requieren para establecer y mantener la salud bucal, como procedimientos en cuanto a qué dientes se conservarán o extraerán y qué técnicas se utilizarán para la terapéutica de bolsas,la necesidad de procedimientos quirúrgicos mucogingivales o reconstructivos y corrección oclusal,el tipo de restauraciones a emplear, cuáles dientes son utilizados como soporte y las indicaciones de ferulización.

Las siguientes son indicaciones para explicar el plan de tratamiento y se dividen en(fase preliminar, fase 1,fase2,fase3,y fase4).

Fase preliminar.

a).-Tratamiento de urgencias.

dental,periapical y periodontal.

b).-Extracción de dientes inútiles y reemplazo provisional si es necesario(puede posponerse hasta el momento más conveniente).

Fase 1 de tratamiento.

a).-Control de placa.

b).-Control de dieta.

c).-Eliminación de cálculos y alisado radicular.

d).-Corrección de factores irritantes restaurativos y protéticos.

e).-Preparación de cavidades cariosas y restauración(temporal o definitiva, según si se tiene un pronóstico del diente y de la caries).

f).-Terapéutica oclusal.

g).-Movimiento ortodóntico.

h).-Ferulización provisional.

Fase 2 de tratamiento(fase quirúrgica).

a).-Cirugía periodontal.

b).-Terapia endodóntica.

Fase 3.de tratamiento(fase restaurativa).

- a).-Restauraciones definitivas.
- b).-Prostodoncia fija y removible.

Fase 4.de tratamiento(fase de mantenimiento).

Visitas periódicas.

- a).-Placa y cálculos(control).
- b).-Estado gingival si existen(bolsas,inflamación).
- c).-Caries.
- d).-Oclusión, movilidad dentaria.(3)

CONCLUSIONES

Para poder impedir o detener la movilidad dentaria, es importante conocer las causas o factores que la inician. Por este motivo es de vital importancia saber diagnosticar con precisión cada una de las causas o factores desencadenantes de la movilidad.

Determinando así cual será el tratamiento adecuado para cada tipo de paciente en cuanto al problema que refiera.

El reto más importante como cirujanos dentistas es llegar al éxito en un tratamiento, como lo es en este caso el tratamiento de la movilidad dentaria, así mismo debemos instruir y motivar al paciente en cuanto a que tan importante es para nosotros su cooperación, ya que de esta manera podremos llegar a cumplir la meta deseada.

ESTA TEMA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-ARCHER.W.HARRI.CIRUGIA BUCAL. SEGUNDA EDICION.Ed.MUNDI.ARGENTINA.1972.
- 2.-COHEN.ENDODONCIA.CUARTA EDICION.Ed.PANAMERICANA.BUENOS AIRES.1990.
- 3.-GLICKMAN.F.A.CARRANZA.J.R.PERIODONTOLOGIA CLINICA.SEPTIMA EDICION.Ed.INTERAMERICANA. MEXICO.D.F.1995.
- 4.-LINDHE.J.PERIODONTOLOGIA CLINICA.SEGUNDA EDICION.Ed.PANAMERICANA.ARGENTINA.1992.
- 5.-LANG.N.P.Y.NYMAN.SR.IMPLANT.AND.CROWN.AND. BRIDGE.THE.RAPY.IN.THE.PERIODONTALLY.PATIENT. PERIODONTOLOGY.2000.Vol.4.1994.MUNKGAARD. COPENHAGEN.
- 6.-PRICHARD.J.F.ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA. CUARTA EDICION.Ed.LABOR.S.A.ESPAÑA.1981.
- 7.-SCHLUGER.ENFERMEDAD PERIODONTAL.PRIMERA . EDICION.Ed.CONTINENTAL.MEXICO.1982.
- 8.-TYLMAN'S.W.F.P.MALONE.TEORIA Y PRACTICA EN PROSTODONCIA FIJA.OCTAVA EDICION.Ed. LATINOAMERICANA.VENEZUELA.1990.