



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO PERIODONCIA Y
ODONTOLOGÍA ESTÉTICA RESTAURADORA

TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL
TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

DIANA ANGÉLICA SORIA PÉREZ

Ucbo. Mtra. María Guadalupe Rosa Marín
TUTORA: MTRA. MARÍA GUADALUPE ROSA MARÍN
GONZÁLEZ
ASESOR: MTRO. VÍCTOR MORENO MALDONADO

MÉXICO D. F.

2005

0350573

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo reconocional.

NOMBRE: Diana Angélica Soza

Pérez

FECHA: 21 Nov / 2005

FIRMA: [Firma]

A Dios

Por darme la vida y haberme permitido nacer en este tiempo y lugar, de dónde he aprendido tanto.

Luis Vidal Guerrero

No tengo palabras para agradecerte todo el apoyo, tiempo, esfuerzo y amor que me has brindado durante tantos años en los que te has preocupado y dedicado en cuerpo y alma por mí sin importar los obstáculos que se nos presentaran siempre has permanecido a mi lado, por esto y mucho más GRACIAS.

A mis padres

Por darme la vida, por haber cuidado de mí y haberme dado una excelente educación, y que si no fuera por eso yo no sería lo que ahora lo que soy.

A mis hermanos

Por permitirme compartir estos y muchos momentos de mi vida junto a ustedes.

A la Fam. Guerrero Díaz

Por creer en mí, y haberme dado el privilegio de conocerlos, de ustedes sólo he recibido cariño, mucho apoyo, y consejos, de los cuales he aprendido tanto, por lo que no tengo palabras para darles las gracias.

A mis amigos, Paola, Ivonne, Daniel, Felipe, Gabriel, Eloir, Luz, J. Carlos, Mary y Viviana.

Por creer en mí, y siempre que he necesitado de ustedes nunca he recibido una negativa sino al contrario, siempre una palabra de aliento para seguir adelante, apoyo.

ÍNDICE

Contenido	Página
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I ANTECEDENTES	3
CAPÍTULO II ESTÉTICA EN ODONTOLOGÍA	5
CAPÍTULO III CONSIDERACIONES BÁSICAS	7
CAPÍTULO IV BIOTIPOS PERIODONTALES	18
CAPÍTULO V CIRUGÍA PLÁSTICA PERIODONTAL	20
CAPÍTULO VI ALARGAMIENTO DE CORONA	25
6. 1. ALARGAMIENTO DE CORONA POR MOTIVOS PROTÉSICOS	32
CAPÍTULO VII CONDICIONES PREOPERATORIAS PARA LA COLOCACIÓN DE RESTAURACIONES	35

7.1. DISEÑO PROTÉSICO	36
7.2. CONSIDERACIONES PROTÉSICAS EN PACIENTES TRATADOS PERIODONTALMENTE	57
CAPÍTULO VIII PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	61
CAPÍTULO IX OBJETIVOS	63
9.1. OBJETIVO GENERAL	63
9.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	63
CAPÍTULO X METODOLOGÍA	64
CONCLUSIONES	78
FUENTES DE INFORMACIÓN	79

INTRODUCCIÓN

Los dientes empezaron a tener un papel cada vez más importante a medida que se prestaba más atención al rostro. El énfasis derivó en un interés por mejorar la estética de la sonrisa.

Durante muchos años se ha discutido la estética en Odontología abordando temas siempre referentes a prótesis, entre ellos, forma, contorno de los dientes, color, etcétera. En los últimos años, la Periodoncia ha sido incluida en tales discusiones. La salud, forma, color y contorno armónico de la encía conjuntamente con los aspectos protésicos, y la forma de los labios, crean un conjunto del cual dependerá la estética.

El restablecimiento de la salud periodontal a través de la terapia periodontal básica con o sin complemento quirúrgico constituye el primer paso en la búsqueda de la estética. Otros problemas inducidos por la enfermedad periodontal, pueden provocar situaciones antiestéticas, siendo que algunas de ellas pueden ser tratadas con éxito.

La cirugía periodontal con finalidad protésica debe estar precedida de la terapia básica periodontal y de una re-evaluación. Estos procedimientos prequirúrgicos tienen como objetivo devolverle a los tejidos periodontales las condiciones de completa salud o normalidad periodontal. Este tipo de cirugía se planifica a partir de tejidos saludables, el objetivo principal es crear mejores condiciones para la realización del trabajo protésico.

Independientemente del diagnóstico y de la planificación; el tratamiento periodontal debe iniciarse por la terapia periodontal básica; el procedimiento más importante es el control de placa dentobacteriana, para

cualquier tipo de procedimiento, ya sea protésico o periodontal, debiendo agregar finalmente la tercera etapa que es el mantenimiento.¹

Aprovecho la oportunidad para agradecer a la Maestra Guadalupe Marín y al Dr. Filiberto Enríquez el apoyo incondicional que he recibido de ustedes, no tengo palabras para darles las gracias por todos los conocimientos recibidos y los consejos que me han dado, tanto profesionales como personales, de los que ha aprendido muchísimo.

Al Maestro Víctor Moreno; gracias por todos los conocimientos que me ha transmitido, por todo el apoyo, y por permitirme seguir aprendiendo de usted, como académico y como persona.

A C.D. Juan Carlos Flores, gracias antes que nada por el apoyo recibido para la realización de este trabajo, y por permitirme el privilegio de ser mi amigo, a C.D. Mary Utrera y C.D. Viviana Sánchez, gracias por su apoyo que me han brindado para la realización de mi trabajo, y durante el diplomado; el cual me dio el privilegio de conocerlas como y que sean mis grandes amigas. Gracias por creer en mi.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

El tratamiento dental estético más antiguo se remonta al segundo milenio antes de Cristo. A lo largo de la historia, las civilizaciones han considerado que sus logros en la odontología restauradora y estética eran una medida de su nivel de competencia en la ciencia, el arte, el comercio y los negocios. Existen referencias históricas sobre el valor de la sustitución de la falta de dientes.

En el cementerio El Gigel, situado en las inmediaciones de las pirámides de Egipto, se encontraron dos molares rodeados de alambre de oro. Los etruscos utilizaban dientes humanos o dientes de animales para restituir la ausencia de dientes.

Otro dato histórico, son las referencias a la costumbre japonesa de las tinciones dentales decorativas, denominadas "ohaguro", en documentos de 4000 años de antigüedad. Descrito como un tratamiento puramente estético. El resultado principal del proceso era una tinción marrón oscura o negra sobre los dientes, aunque otros estudios también sugieren que podría tener un efecto preventivo de la caries. Los japoneses mostraban con orgullo los dientes negros.

La cultura maya desarrolló un sistema de decoración dental que tallaba algunos dientes con formas complicadas y decoraba otros con incrustaciones de jade; estos procedimientos dentales eran puramente estéticos. Al intentar embellecer sus sonrisas con jade, algunos mayas provocaban abscesos periapicales debido a un "pulido de los dientes", poco

cuidadoso o demasiado enérgico. Para los mayas una sonrisa llena de jade testimoniaba la profunda necesidad de decorar el cuerpo.

En el arte sumerio, las sonrisas aparecen alrededor del año 3000 a.c., en el rostro de una estatua que representa a uno de los primeros reyes de Abab.

Aboucaya comento en su tesis que la sonrisa estaba ausente o apenas esbozaba en las primeras obras de arte y, era casi siempre labial, y deja ver los dientes apenas perceptibles, es cuando empieza a observarse en las primeras décadas del siglo XX.²

CAPÍTULO II

ESTÉTICA EN ODONTOLOGÍA

Basados en el diccionario de la Real Academia Española se define “estética”, como “perteneciente o relativo a la apreciación de la belleza; artístico, de aspecto bello y elegante...”.²

Filosóficamente puede entenderse la “estética” como “el estudio racional de lo bello, ya sea en lo que se refiere a la posibilidad de su concepto como a la diversidad de emociones que la misma pueda suscitar en el hombre”³

La interpretación individual de que es la belleza influye en la forma de presentarse ante los demás. La estética no es absoluta; si no subjetiva.

Tener un aspecto agradable es una necesidad. Dado que el rostro es la parte más expuesta del cuerpo y la boca un elemento predominante, los dientes son una fuente de atención.

Existen estudios sobre la autoestima que han ilustrado que la imagen corporal es uno de los principales elementos del autorechazo y/o aceptación.

Los procedimientos nuevos destinados únicamente a mejorar la estética dentofacial, han aportado cambios a los planes de tratamiento y a la secuencia e integración de los procedimientos dentro de la terapia global odontológica.⁴

La odontología estética requiere prestar atención a los deseos del paciente y al tratamiento de los problemas individuales. El objetivo no es sacrificar la función, sino utilizarla como base de la estética.²

CAPÍTULO III

CONSIDERACIONES BÁSICAS

El análisis de las estructuras dentofaciales y de cómo afectan a la estética debe ser parte integral de un examen dental global. Se sugiere analizar las siguientes características:

1. Simetría facial.
2. Líneas de referencia
 - 2.1. Líneas de referencia horizontales.
 - 2.2. Líneas de referencia verticales.
3. Paralelismo.
4. Línea de la sonrisa.
5. Simetría de los labios y de la cara, al sonreír.
6. Tamaño y proporción de los dientes, y armonía de los márgenes gingivales.

1. Simetría Facial

“En anatomía es la correspondencia de dos estructuras situadas en lados opuestos de la cara, o igualdad entre partes a cada lado de una línea divisoria”⁵

2. Las líneas de referencia

Son líneas de importancia en las composiciones dentofaciales; del paralelismo que existe entre ellas dependerá la hipotética obtención de la belleza biológica.⁶ Geométricamente no necesitan ser expresadas para poder ser percibidas, ya que solo precisan de dos o tres puntos para estar

representadas. El paralelismo entre dos líneas origina una armonía tal que no provoca ningún conflicto entre ellas.⁷

Son líneas de importancia primaria en una composición; se trazan no solo materialmente en la composición en la cual ellas no pueden eludir la percepción visual sino que también aparecen debido a un fenómeno mental que inconscientemente impone un trazado lineal entre dos elementos existentes o hipotéticos.

Las composiciones dentales presentan tres líneas básicas que se expresan en forma de: un plano oclusal, un plano incisivo y la línea media inter-incisiva que sigue la dirección de los ejes mayores de los incisivos centrales superiores.

2.1 Líneas de referencia horizontales

Las líneas horizontales, se da cuando un diseño contiene elementos similares de izquierda a derecha a una secuencia regular.⁸

Para hablar de armonía global, se debe relacionar la cara, los labios y la encía con estas tres líneas formada por dos mitades simétricas. Debe existir un sentido básico del paralelismo y simetría a nivel de estructuras faciales; la armonía se consigue con el paralelismo entre las líneas bipupilar, ofriaca y comisural.

Desde un punto de vista dental el plano superior como el contorno gingival deberá ser paralelo a la línea bipupilar y, en el momento de la sonrisa, este paralelismo deberá hacerse patente entre el plano incisal superior y la línea labial inferior (Fig1).

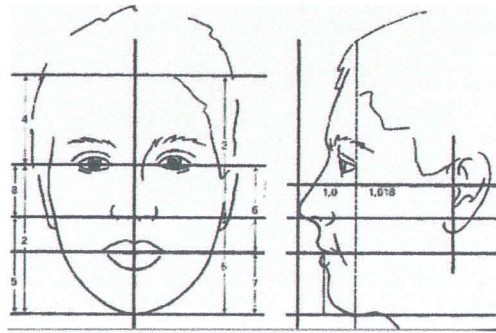


Fig.1

2.2 Líneas de referencia verticales

Las líneas verticales se extienden a partir de un punto central, donde los lados izquierdo y derecho son imágenes en espejo.⁸

La línea media facial debe coincidir con la línea media dental; en casos graves de discrepancia se deberá recurrir a la ortodoncia

En el caso de coincidir las líneas antes mencionadas, siendo la línea resultante perpendicular a la línea bipupilar, nos encontraríamos con el denominado efecto "T" (Fig2) de aspecto agradable estéticamente.⁷

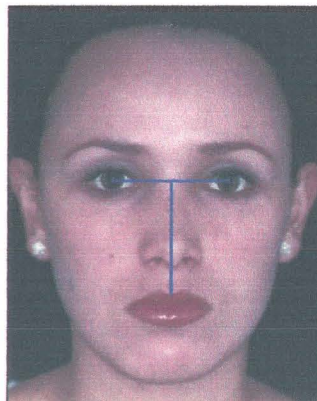


Fig. 2

3. Paralelismo

El paralelismo se puede considerar una constante en la estética dentofacial, mediante el trazado imaginario de líneas paralelas y perpendiculares; que son típicas de las propiedades rítmicas en el origen de la estética facial (Fig. 3).⁶

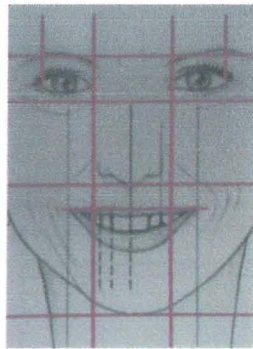


Fig. 3

El borde incisal de los dientes anteriores superiores, junto con el plano oclusal posterior superior puede ser paralelo a la línea bipupilar; usualmente esta línea es paralela al plano incisal superior, junto con el borde del labio inferior, cuando una persona sonríe. Estéticamente es más agradable si los márgenes gingivales superiores son paralelos a esta línea anatómica (Fig.4).⁹

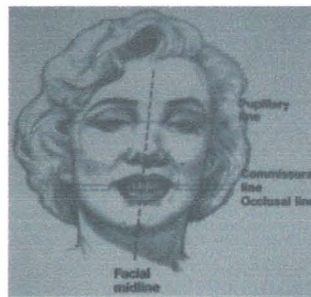


Fig.4

4. Línea de la sonrisa

La sonrisa forma parte de la expresión facial, y constituye un elemento imprescindible que entra de lleno en el campo de la estética y está íntimamente relacionada con los demás elementos de la cara, como son los dientes y los labios así como las demás líneas de referencia estéticas faciales (Fig. 5).

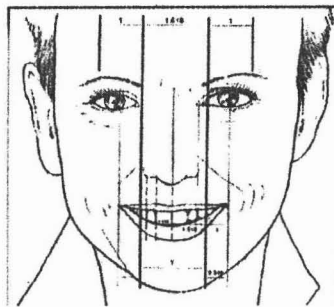


Fig.5

Es la relación que se encuentra en la cantidad de diente que se muestra, la forma y la silueta de los diente anteriores, con el plano incisal.

La sonrisa ideal lleva en consideración labios, encía y alineamiento dentario. Durante la sonrisa debe haber paralelismo en la curvatura entre las líneas incisal, la que pasa por el área de contacto de los dientes, y la labial inferior, las cuales generan conceptos importantes en la composición dentofacial.

La relación entre la línea de la sonrisa y el nivel de los márgenes gingivales; es decir, en una sonrisa moderada el borde del labio superior llega a cubrir la zona cervical sin que se observe la encía o a lo sumo, entre dos y tres milímetros de ella. Cuando se muestra una banda de encía amplia, la sonrisa deja de ser agradable.

“Para Tjan existen tres tipos de sonrisa:

Alta, muestra la totalidad de los dientes y una amplia banda de encía (Fig.6).

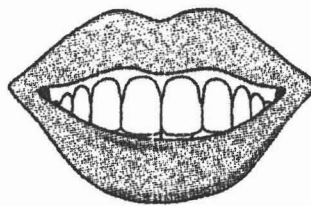


Fig. 6

Media, muestra entre un 75% y un 100% de los dientes y solamente encía interproximal, (Fig.7).

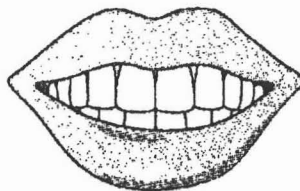


Fig.7

Baja, solamente se observa hasta un 75% de los dientes (Fig. 8).

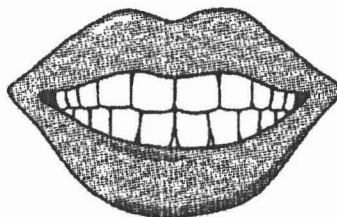


Fig.8

Tjan expone las características que debe reunir una sonrisa normal:

1. Visión total de los dientes anterosuperiores
2. Solo debe observarse la papila.
3. Los bordes incisales de los incisivos superiores deberán contactar total o de forma ligera con el borde bermellón del labio inferior
4. Los dientes superiores se observan de primer premolar a primer premolar.
5. En una sonrisa amplia los dientes superiores y los inferiores deben mantener un espacio interoclusal.
6. En una sonrisa estética una línea media centrada".⁷

"Rufenacht comenta que la cantidad de diente visible durante la sonrisa dependerá de los siguientes factores:

- ◆ Del grado de contracción de los músculos de la expresión facial.
- ◆ Del nivel en que está situado el tejido blando labial, ya que limitan la cantidad de dientes y tejidos mucosos que se despliegan.
- ◆ De las características esqueléticas faciales.
- ◆ Del diseño de la prótesis y del desgaste dentario".⁷

5. Simetría de los labios y la cara al sonreír

Son condiciones esqueléticas, dentales, gingivales y musculares normales, ocurriendo así una perfecta simetría de las comisuras de la boca. Esta condición puede alterarse por razones patológicas o por hábitos parafuncionales, donde el paciente los adquiere inconscientemente, llevando, por lo tanto a una sonrisa asimétrica.³

En la composición de una sonrisa estética, la forma, el balance, la simetría y la relación entre estos elementos, la hace atractiva o no.

La línea media dental: vertical y recta (Fig. 9).

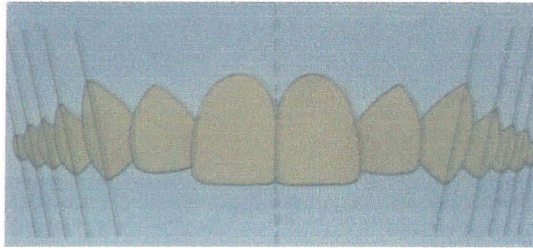


Fig. 9

Línea de sonrisa siguiendo la concavidad del labio inferior (Fig. 10).

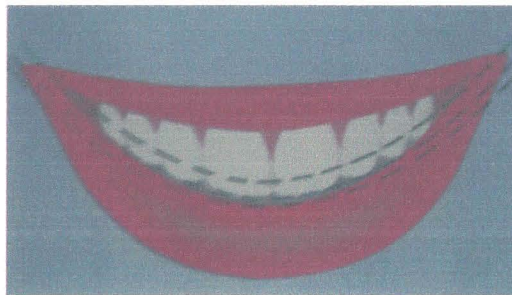


Fig.10

Forma de los incisivos centrales superiores simétrica (Fig. 11).

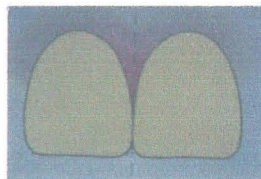


Fig. 11

Márgenes gingivales de los incisivos centrales simétricos (Fig. 12).

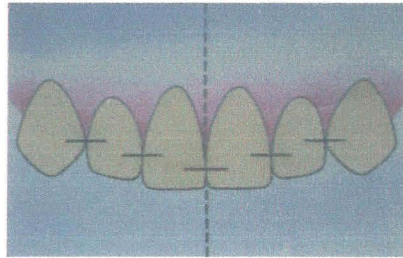


Fig. 12

Espacios interdentarios gingivales progresivamente más profundos desde la parte anterior a la parte posterior.⁹

El plano incisal puede ser convexo, sinuoso, debe coincidir con la guía orientativa el labio inferior cuando el paciente sonríe. Los bordes incisales y las puntas cuspídeas de los dientes superiores la seguirán, apoyándose en la parte interior del labio inferior (Fig. 13).

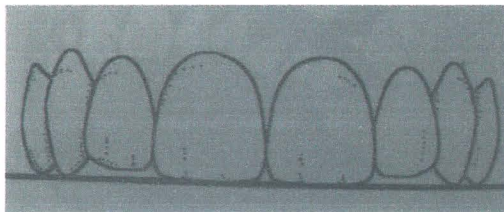


Fig. 13

Las inclinaciones dentales hacia mesial son siempre más agradables y más estéticas que las inclinaciones hacia distal (Fig. 14).

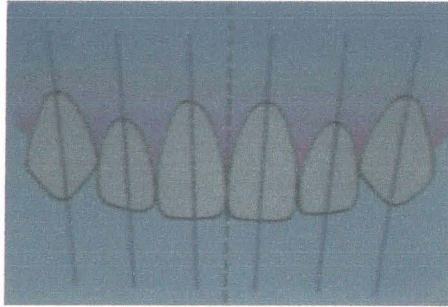


Fig. 14

6. Tamaño y proporción de los dientes, junto con la armonía de los márgenes gingivales

El promedio de la longitud de los dientes superiores más sobresalientes en la "zona estética" es: Incisivo central, 11 mm, incisivo lateral, 10.5 mm y canino 11 mm (Fig. 15).

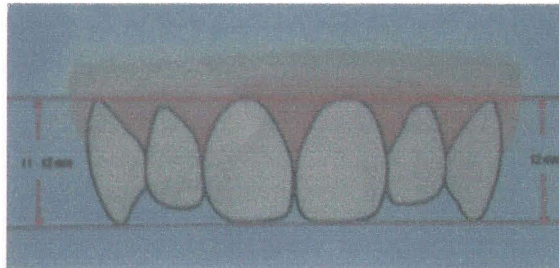


Fig. 15

Cuando la guía incisal ha sido destruida, una vez corregida la posición del borde incisal, y localizadas la fonética y la estética: reconstruyen el promedio de la longitud de los dientes y pueden ayudar a localizar el correcto nivel gingival. Generalmente los dientes son equivalentes en longitud con los dientes del cuadrante opuesto, la línea media es establecida por el filtrum del labio superior. Los dos dientes más importantes para establecer la simetría en la zona estética son los incisivos centrales superiores. Muchas sonrisas,

no son ideales, son aceptables porque los incisivos centrales son perfectamente simétricos, aunque puede haber una longitud inadecuada de los dientes adyacentes (Fig. 16).

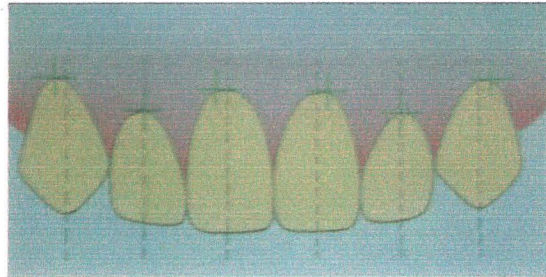


Fig. 16

Normalmente la corona clínica de un diente anterior superior exhibe una longitud y ancho de 8:10. Las áreas de inflamación gingival, agrandamiento o erupción pasiva alterada pueden causar la cobertura gingival de la corona clínica y es aparentemente más ancho el borde incisal normal desde una vista oclusal. Contrariamente, coronas largas parecen excesivas cuando hay una recesión gingival o una supraerupción, lo cual puede distorsionar el ancho y longitud, es más estrecho en la porción apical de los dientes con malposición; el tratamiento ortodóntico puede ser la llave del tratamiento.

Los márgenes gingivales pueden ser desplazados apicalmente, con la intrusión de los dientes, o coronal, con extrusión ortodóntica. En algunos casos, la reconstrucción protésica se puede requerir, en adición con el tratamiento ortodóntico y las intervenciones quirúrgicas periodontales, para establecer armonía en la longitud de los dientes en perspectiva propia con los labios y otros márgenes gingivales.⁹

CAPÍTULO IV

BIOTIPOS PERIODONTALES

Biotipo fino

- ◆ Margen fino y festoneado, papilas altas.
- ◆ Posee una menor dimensión longitudinal de unión dentogingival
- ◆ La cresta ósea es fina y festoneada (Ochsenbein y Ross).
- ◆ Las coronas son, en general, alargadas y cónicas con puntos de contacto fino.
- ◆ Los puntos de contacto son ligeros.
- ◆ El contorno radicular es convexo y prominente por vestibular.
- ◆ Es frecuente a nivel los de dientes anteroinferiores.¹⁰

Este biotipo se acompaña de una menor dimensión en sentido coronoapical de la unión dento-gingival* y una mayor reabsorción ósea post-quirúrgica.¹¹

Biotipo aplanado

- ◆ Margen gingival grueso y poco festoneado.
- ◆ Unión dentogingival más alargada.
- ◆ Cresta ósea ancha y escasamente festoneada.
- ◆ Coronas cortas y cuadradas, con puntos de contacto anchos. Son facetas de contacto.
- ◆ Contorno radicular vestibular aplanado.
- ◆ Se da con frecuencia a nivel de los dientes posteriores.¹⁰

* No demostrado histológicamente

Este biotipo presenta una mayor dimensión en sentido coronoapical de la unión dento-gingival* y una menor reabsorción ósea post-quirúrgica.¹¹

* No demostrado histológicamente

CAPITULO V

CIRUGÍA PLÁSTICA PERIODONTAL

La cirugía plástica periodontal representa una fase de la cirugía periodontal regenerativa. Al principio, era referida como cirugía mucogingival. El concepto original de cirugía mucogingival estaba dirigido sólo a tres problemas: un vestíbulo bajo, el frenillo aberrante y problemas que se asociaban con el tejido conectivo. La cirugía plástica periodontal, abarca una amplia gama de tratamientos.¹²

Este tipo de cirugía favorece la estética en pacientes con exposición incompleta de las coronas anatómicas y una línea de sonrisa alta. Esta situación carece de importancia desde el punto de vista patológico. Una sonrisa es dinámica y por lo tanto desafía a las normas precisas.

Cuando la altura de encía mostrada sobrepasa dos milímetros se denomina "sonrisa gingival". Una sonrisa asimétrica ocasionara una exposición asimétrica de encía. La verdadera sonrisa gingival es aquella que nos llama la atención por el exceso de encía.

Exposición gingival

Una placentera sonrisa depende de la exposición gingival, cuando una persona sonríe, y se observan las coronas completas de los incisivos centrales superiores, mas un milímetro de encía. La exposición gingival (de dos a tres milímetros); puede ser estéticamente aceptable, la encía no sobresale tal como la apariencia de "sonrisa gingival"; la cual se da cuando se observan mas de tres milímetros de encía durante la sonrisa relajada. La

muestra excesiva no es generalmente un problema en pacientes con un labio superior largo o moderadamente largo; o hay una inusual supraerupción de los dientes anteriores superiores o una hiperplasia esquelética.

Las causas de la sonrisa gingival son varias y se pueden presentar de una manera aislada o intercombinadas entre sí.

1. La presencia de dientes excesivamente cortos por erupción pasiva incompleta es la causa frecuente de todas las posibles sonrisas gingivales.¹¹ “En 1977 Closet clasificó la erupción pasiva en dos distintos tipos:

Tipo I. Existe un típico aumento de la encía, que se mide desde el margen libre de la encía a la unión mucogingival. Dependiendo de la relación de la cresta ósea con la unión cemento esmalte del diente,¹³ este tipo se subclasifica en:

A. La dimensión entre el nivel de la unión cemento esmalte y la cresta ósea es de 1mm, medida que es suficiente para la inserción del tejido conectivo.

B. La unión cemento esmalte y la cresta ósea se da aproximadamente al mismo nivel.³

Tipo II. En esta hay una dimensión normal de la encía, cuando se mide desde el margen libre de la encía a la unión mucogingival.

El diagnóstico entre los dos tipos es esencial para determinar el tratamiento adecuado”.¹³

La forma más común de la erupción pasiva es aquella en que el margen gingival está situado oclusalmente con respecto a la línea amelocementaria y existe una considerable cantidad de encía desde el margen gingival hasta la línea mucogingival.

Ante un diente corto se debe realizar un diagnóstico entre una erupción pasiva alterada, un desgaste incisal, una variación de la anatomía normal del diente o un agrandamiento gingival.

Si el hueso está a una altura normal, bastará una eliminación quirúrgica de tejido gingival, mientras que si el hueso está más próximo a la línea amelocementaria, la cirugía debe incluir una osteoplastía.

2. Un aumento de crecimiento vertical del proceso dentoalveolar y basal del maxilar superior.

3. Labio superior corto.

Examen clínico

Es imprescindible determinar una serie de parámetros:

- ◆ Longitud de la corona anatómica, esta es la distancia que existe desde el borde incisal a la línea amelocementaria..
- ◆ Longitud de la corona clínica, distancia entre el borde incisal y el margen gingival.
- ◆ Distancia desde el margen gingival a la línea mucogingival.

- ◆ Descartar antes de la cirugía la presencia de profundidades de sondeo así como la presencia de inflamación.
- ◆ Localización de la cresta ósea.
- ◆ Determinación del grosor de la cresta ósea por hondeo.

Se pueden utilizar distintas técnicas para reducir la cantidad de encía expuesta y para alterar la forma y contorno de los dientes anteriores. Se deben considerar los siguientes factores:

Los riesgos y beneficios deben ser minuciosamente evaluados antes de recomendar este tipo de terapia quirúrgica para corregir los problemas estéticos.

Al practicar un alargamiento coronario por razones estéticas, la referencia principal es la línea amelocementaria.

Guía quirúrgica

Al respecto no fue localizada ninguna fuente de información relativa a la guía quirúrgica para la cirugía plástica periodontal, para la cual nos basamos en la técnica empleada para una guía quirúrgica para implantes, con algunas modificaciones para el confeccionamiento de está.

Primeramente se realiza una toma de impresión con alginato, y obtención de un modelo de estudio, en el que se realiza una medición de las coronas clínicas, para posteriormente realizar un cuadro comparativo con el examen radiográfico donde también se tomaran medidas de las coronas

anatómicas y así determinar la cantidad de tejido gingival u óseo a retirar. Posteriormente se elaborará un encerado diagnóstico sobre el cual se confeccionará una guía quirúrgica con acetato rígido de calibre 40, éste será utilizado durante la cirugía como guía quirúrgica para gingivectomía a bisel interno.

Existen dos tipos de técnicas quirúrgicas:

1. Gingivectomía a bisel externo o a bisel interno.
2. Cirugía de debridación por colgajo con o sin remodelación ósea.

La indicación de la técnica quirúrgica a emplear dependerá de la posición del margen gingival con relación a la unión cemento-esmalte, a la distancia entre la creta ósea y la unión cemento-esmalte y a la cantidad de encía insertada.

CAPÍTULO VI

ALARGAMIENTO DE CORONA

Es la eliminación de tejido blando y tejido óseo para lograr la exposición de la estructura de tejido dentario que se desea; por lo que tiene que basarse en fundamentos biológicos. Por medio de procedimientos quirúrgicos, en los cuales se pueden utilizar diferentes técnicas para reducir la cantidad de encía para así obtener la forma de los dientes deseada.¹

Bases biológicas

Teniendo en cuenta el concepto biológico de los tejidos periodontales, hay que reconocer las condiciones anatómicas.

Unión dentogingival

Porción del periodonto constituido por el conectivo supra-alveolar y el epitelio de unión, el cuál se une tanto al esmalte, cemento y dentina.¹¹

Espacio biológico

Es la distancia entre la porción apical del epitelio de unión y la cresta alveolar, que considera una distancia de 3 a 4 mm. Las dimensiones que ocupan el tejido conectivo supra-alveolar y el epitelio de unión; es aproximadamente de 1 mm para cada uno de ellos. Existe un grado de variación intra e inter-individual que depende de la edad, diente y biotipo periodontal (Fig. 17).¹

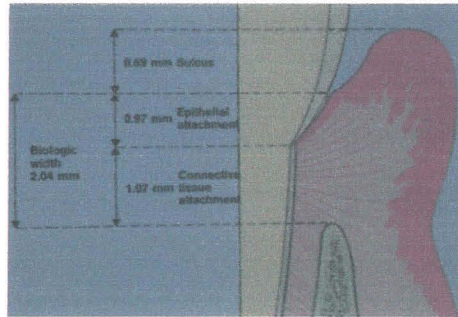


Fig. 17

Como consecuencia de la invasión del espacio biológico encontramos:

- ◆ Aumento de acúmulo de la placa bacteriana.
- ◆ Inflamación.
- ◆ Aumento de la profundidad del sondeo.
- ◆ Recesión gingival.
- ◆ Hiperplasia gingival.

Evaluación clínica

Debe incluir: el nivel de la cresta alveolar, arquitectura gingival, línea de la sonrisa, caries, etc., longitud y forma radicular, tanto del diente a tratar como de los adyacentes, profundidad de sondeo, salud periodontal, involucre pulpar, pérdida de espacio mesiodistal y dientes del sector anterior o posterior.

Es importante que exista salud periodontal antes de practicar un alargamiento de corona, ya que unos tejidos blandos estables permiten prever mejor la posición del margen gingival durante la etapa de cicatrización.

Indicaciones

1. Por mutilación de la estructura dental (fractura, caries o reabsorción externa, atricción severa y perforación radicular).
2. Alteraciones de la erupción (erupción retardada o supraerupción por falta de antagonista).
3. Corona clínica corta por hiperplasia gingival.

Contraindicaciones

La proporción corona-raíz del diente a tratar: En casos en que las raíces sean cortas, el soporte periodontal no es suficiente para que la restauración sea exitosa.

Proporción corona – de dientes adyacentes: Se da cuando existe el riesgo de comprometer el soporte periodontal de los dientes vecinos.

Localización de las furcaciones en dientes multiradiculares: La cantidad de hueso a eliminar puede verse limitada por la presencia de la furca.

Proximidad radicular: Cuando las raíces se encuentran muy juntas resulta imposible o dificulta mucho la eliminación de hueso a nivel interproximal y también dificulta una correcta adaptación del tejido blando a ese nivel.

Cantidad de encía insertada: La ausencia de encía insertada obligará a crear una dimensión volumétrica de encía insertada adecuada utilizando diferentes técnicas de cirugía mucogingival.

En dientes no restaurables.

Valor estratégico y posición en la arcada del diente a tratar.

Presencia de enfermedad periodontal avanzada.

Cuando la importancia del diente no es compatible con la extensión del procedimiento requerido para restaurarlo.

Técnicas quirúrgicas

Gingivectomía a bisel externo

La gingivectomía a bisel externo únicamente se realiza cuando se asocia a una gingivoplastia, es una técnica muy restringida empleándose desde el punto de vista estético sólo en los siguientes casos:

- ◆ Hipertrofia gingival inducida por fármacos.
- ◆ Fibrosis idiopáticas.

Está contraindicada en:

- ◆ Bolsas infraóseas.

- ◆ Engrosamientos óseos marginales.
- ◆ Escasa encía insertada.
- ◆ Afectación en furca.

Técnica quirúrgica

Se marca la profundidad del sondeo en la cara vestibular y palatina de la encía para tener una referencia en el momento de practicar la incisión.

La incisión debe realizarse con una angulación de la hoja del bisturí de 45°, siguiendo el trayecto de las marcas pero ligeramente apical a las mismas y profundizando en las papilas.

Se elimina el tejido gingival y se procede a una gingivoplastia utilizando tijeras, bisturí y fresas de diamante.

Se coloca siempre un apósito quirúrgico.

Los instrumentos cortantes más usados para esta operación son el bisturí convencional, un bisturí de Kirkland.

Gingivectomía a bisel interno

Primera incisión: Se practica una incisión a bisel interno desde el ángulo diedro mesial hasta el ángulo diedro distal. No se entra en las áreas papilares. La incisión se dirige a la cresta alveolar. Para una adaptación adecuada, puede ser necesario extender la incisión 2-3 mm en dirección apical a la cresta alveolar. En estos casos, el bisturí debe orientarse casi paralelo al eje del diente.

Segunda incisión: Incisión intrasucular hasta alcanzar la base de la incisión inicial en la cresta del hueso. Esta incisión permite eliminar un collar de tejido con una cureta y así de esta forma exponer la corona anatómica.

Cirugía de debridación por colgajo con remodelado óseo

Incisiones. Depende de las dimensiones volumétricas de la encía insertada, así como la cantidad de estructura dentaria que debe quedar expuesta.

Sin incisiones liberatríces: Cuando existen unas medidas volumétricas adecuadas de encía insertada, es posible eliminar un collar de encía alrededor de los dientes sin temor a crear un posible problema mucogingival. Estas incisiones deben extenderse como mínimo un diente más a cada lado de la zona a tratar.

Incisión a bisel interno por vestibular y palatino hasta alcanzar la cresta ósea.

◆ Incisión intrasurcal.

Con incisiones liberatríces: Cuando no se dispone de las dimensiones adecuadas de encía insertada y se prevé la elongación, será necesario practicar incisiones verticales liberatríces asociadas a una incisión intrasurcal, que permitirá desplazar el colgajo en sentido apical y preservar la totalidad de la encía insertada existente.

En el lado palatino la incisión será a bisel interno ya que no existen problemas de cantidad de encía insertada.

Levantamiento del colgajo mucoperióstico

Con la legra, se eleva un colgajo de espesor total más allá de la línea mucogingival. Esté deberá ser lo más atraumático posible.

Eliminación ósea

La eliminación ósea se realiza bajo abundante irrigación, utilizando fresas, cinceles y limas. La eliminación final del hueso adyacente al diente es aconsejable realizarla utilizando instrumentos manuales para evitar dañar la superficie radicular.

Comprobar si la superficie dental expuesta es suficiente

Se debe verificar si es correcta la distancia desde la nueva ubicación de la cresta ósea en todo el perímetro de la raíz, hasta donde prevé que va a estar ubicado el margen de la restauración.

Sutura del colgajo

Es recomendable tener en mente el concepto de espacio biológico en el momento de suturar, para que éste pueda formarse en toda su amplitud. Si el margen del colgajo se sutura a menos de 2 mm de la cresta ósea, se obtendrá un surco muy superficial y un espacio biológico en sus mínimas dimensiones.

Habitualmente se practican suturas simples interrumpidas.¹¹

6.1 ALARGAMIENTO DE CORONA POR MOTIVOS PROTÉSICOS

El alargamiento de corona con fines protésicos tiene como objetivo reposicionar apicalmente el margen de la encía, aumentando la corona clínica, creando condiciones favorables para la confección de un correcto trabajo protésico.

Indicaciones

Siempre que exista la necesidad de tallar un diente para recibir restauraciones o coronas, las medidas clínicas y radiográficas nos permitirán

determinar si el margen del tallado en alguna superficie del diente se localiza a menos de 3 mm de la cresta ósea alveolar.

Dentro de las indicaciones encontramos:

- ◆ Caries localizada subgingivalemnte
- ◆ Fracturas dentales
- ◆ Perforaciones endodónticas
- ◆ Substitución de prótesis o restauraciones cuyos márgenes están localizados subgingivalmente.
- ◆ Exposición de la superficie dental para aislamiento absoluto
- ◆ Hiperplasia gingival

Para realizar el calculo de la cantidad de hueso que se debe eliminar se deben tener en cuenta los siguientes parámetros:

- ◆ Localización del margen de la restauración definitiva
- ◆ Margen gingival
- ◆ Nivel de la cresta ósea

Cuando se trata de una raíz casi sumergida, habrá de conseguir 2 mm de tejido dentario, además del espacio correspondiente al espacio biológico, para que la ubicación del margen de la restauración se realice sobre un tejido dentario sano.

Consideraciones quirúrgicas

La cirugía es más agresiva cuando se interviene sobre un tipo periodontal grueso y más conservadora sobre un tipo periodontal fino.

Tienen que existir de 1.5 – 2 mm de tejido dentario sano por encima del margen gingival para un correcto sellado entre el margen de la restauración y el tejido dentario.

Tienen que existir 3 mm desde la cresta gingival hasta la cresta ósea para que se formen tres entidades (surco, epitelio de unión, y tejido conectivo).

Técnica Quirúrgica

- ◆ Gingivectomía a bisel externo y a bisel interno.

- ◆ Cirugía de debridación por colgajo con remodelado óseo.

CAPÍTULO VII

CONDICIONES PREOPERATORIAS PARA LA COLOCACIÓN DE RESTAURACIONES

El éxito de una prótesis es medida a través del tiempo, por su integración y armonía con la estética, tejidos pulpares, tejidos periodontales, músculos y articulaciones temporomandibulares; restableciendo la salud en su sentido de estética y función.

Bajo el punto de vista periodontal y protésico, es incuestionable que la salud del periodonto deba ser restablecida antes de cualquier tratamiento restaurador.¹⁴

En pacientes con pérdida de inserción gingival, probablemente ésta continuará, si no existe un control profesional continuo; y esta relacionada también con la presencia de restauraciones que potencializa la instalación de la enfermedad periodontal.¹⁵

En prótesis consideradas clínicamente como de óptima adaptación, existe una solución de continuidad entre la línea terminal de la preparación y el margen de la prótesis. Cuando se tiene por objetivo extender una preparación subgingival, es fundamental el conocimiento y el respeto de las dimensiones fisiológicas del periodonto de protección. La banda de tejidos que compone el ancho biológico es inviolable para la preservación de la salud periodontal. Eso comprueba que es necesario que exista alrededor de 3mm de estructura dental sana coronariamente a la cresta alveolar, en cualquier preparación protética.

Las dimensiones del epitelio de unión se alteran por el tratamiento periodontal. Un epitelio de unión largo es posible de ser mantenido. La inserción conjuntiva es la que mantiene sus dimensiones más constantes.

La referencia del límite de la extensión cervical de las preparaciones protéticas es el surco histológico, nos da la seguridad de no violar el espacio biológico y facilita el control de placa dentobacteriana.

El ideal periodontal es que los márgenes protéticos no deben ser colocados invadiendo el epitelio de unión. Se colocarán en un límite apical que el paciente pueda controlar fácilmente la placa bacteriana.

7.1 DISEÑO PROTÉSICO

Preparación protética

La disciplina y el planeamiento previo para remover lo estrictamente necesario, preservar las estructuras biológicas y garantizar cualidades mecánicas y estéticas a la restauración. Es un proceso de desgaste selectivo de esmalte y/o dentina en cantidades y áreas determinadas, dentro de una secuencia de pasos operatorios preestablecidos. Es fundamental, antes y durante el acto operatorio tener una imagen dental del diente preparado. La finalidad es crear espacio para una prótesis individual o para retenedores de prótesis fija o removible. El volumen removido será sustituido por el material o materiales restauradores.

Requisitos de las preparaciones

Mecánicos

Las exigencias mecánicas son mejor comprendidas a partir del conocimiento de las fuerzas de diferentes magnitudes y direcciones desarrolladas durante la función por los músculos masticadores, labios, lengua, consistencia y adherencia de los alimentos y el propio movimiento del diente dentro del alveolo, fuerzas a las cuales la prótesis debe resistir.

Una prótesis fija tiene como componentes el hueso alveolar, el ligamento periodotal, los dientes preparados, los retenedores, pónicos y la película de cemento.

La complejidad de fuerzas que una prótesis fija necesita resistir aumenta en la medida de su extensión, número y distribución de los dientes soportes.

La preparación debe observar los siguientes requisitos mecánicos:

- ◆ *Retención.* Es la cualidad de una preparación en impedir el desalajo de la prótesis en el sentido contrario a su patrón de inserción. Es la resistencia a la fuerza de tracción, ejercida por los alimentos más pegajosos. La unidad básica de retención de una preparación es el conjunto formado por dos superficies opuestas y de esto depende del grado de paralelismo del área de superficie preparada y de la obtención de un único patrón de la inserción. El área de superficie preparada es determinante en la retención. El área total de la superficie preparada es influenciada por el volumen y altura del diente,

y por otras características como surcos o cajas adicionadas a las superficies de la preparación.

- ◆ *Estabilidad o resistencia* es la cualidad de la preparación para evitar el desalajo de la restauración frente a las fuerzas oblicuas desarrolladas durante la función. Puede ser obtenida de dos maneras:
 - Disminución de la convergencia de las superficies
 - Adición de surcos a las superficies axiales.

- ◆ *Estabilidad estructural*. La preparación debe promover una prótesis con un espesor mínimo de material suficiente para resistir las fuerzas masticatorias sin que haya deflexión. Una reducción mínima de acuerdo con el tipo de corona, totalmente metálica o metal-cerámica, es necesaria para conferir resistencia, sin caer en el sobrecontorno, indeseable para la salud periodontal. Se debe buscar una forma geométrica de preparación que propicie una distribución uniforme de las fuerzas. Las terminaciones cervicales con formas más horizontales, tipo hombro o chaflán, confieren una mejor resistencia a la distribución de las fuerzas.

- ◆ *Terminación cervical*. La calidad de la adaptación cervical es determinante en la durabilidad de la restauración. El objetivo es obtener un sellado con una línea de cemento mínima para que, junto con la adopción de las medidas de control de la caries y de la enfermedad periodontal, se pueda asegurar un pronóstico de longevidad. Los requisitos para el ancho del hombro dependen primeramente de los materiales empleados en el margen. La línea de terminación final debe estar situada en un área que permita la

eliminación del exceso de cemento. Al terminar el tallado de la prótesis, el margen de la encía debe quedar, como mínimo, a una distancia de 3 a 4 mm de la cresta ósea. El aspecto que más se toma en consideración es la extensión de la superficie dental que se encuentra entre el margen de la restauración y el margen óseo. Si se localiza el margen de la restauración debajo del margen gingival, no debe llegar al fondo del surco gingival. Cuando los bordes están localizados supragingivalmente, los procedimientos clínicos y de laboratorio se facilitan, aumentando la posibilidad de una prótesis de mejor exactitud y acabado. La calidad de la preparación y adaptación del retenedor son controladas mejor por la inspección visual y sondeo. Los troqueles tendrán una terminación del borde con menos riesgos de ser dañados en el recorte.

Los materiales empleados en las restauraciones protéticas tienen la propiedad de retener placa bacteriana, a diferencia del esmalte y la dentina. Es importante que el tercio cervical de las prótesis reciban un tratamiento que deje la superficie extremadamente lisa y pulida, como una manera de dificultar la adherencia de placa dentobacteriana sobre esta. Tanto la calidad de acabado de la prótesis es importante como la selección del material.

Requisitos biológicos

Pulpaes. Las estructuras dentales sanas de esmalte y dentina una vez que son removidas, no pueden ser repuestas. Desgastes excesivos además de promover la pérdida de la retención, por la disminución de áreas de fricción, modifican la salud pulpar, pudiendo alcanzar etapas irreversibles. El mantenimiento de la vitalidad del complejo dentina-pulpa es un requisito básico en el concepto de longevidad de la terapéutica protética fija.

Periodontales. Tres aspectos deben ser considerados para el mantenimiento de la integridad de las estructuras periodontales:

- ◆ *El volumen de estructura dental removida.* Suficiente estructura dental debe ser removida de tal manera que exista una determinada área cervical para acomodar la restauración, que reconstruirá la anatomía del diente, en armonía con el ambiente periodontal. Cuando existe la necesidad de una ferulización, las conexiones deben ser configuradas a manera de no invadir el área de la papila y crear un espacio adicional para el paso de un cepillo interdental o del hilo dental. La mayoría de las veces ese espacio solamente es obtenido a través de una reducción mayor de las superficies proximales que es necesaria para acomodar una restauración individual. El desgaste uniforme siguiendo a la anatomía cervical remueve la retentiva conformación triangular, proporcionando espacio para una corona con contornos modificados, adecuados para la situación específica, a manera de facilitar el control de la placa.
- ◆ *El límite y la calidad de la terminación cervical.* El límite cervical más adecuado bajo el punto de vista periodontal es siempre supragingival. Al establecer la delimitación cervical, la preparación debe seguir la curva parabólica descrita por la encía. Una línea de determinación lisa y uniforme influye favorablemente en la exactitud de la adaptación marginal de la restauración. El espesor del desgaste permite establecer contornos adecuados a la restauración. Debe proporcionar resistencia al margen de la restauración para soportar las cargas oclusales sin deformarse. Su localización debe permitir la exactitud de la adaptación cervical y la higiene, protegiendo con eso el complejo

periodontal. Debe facilitarse la toma de impresión; para que se visualice perfectamente facilitando el modelado de cera.

- ◆ *Evitar durante el acto operatorio daños a las estructuras gingivales.* Esa maniobra debe evitar cualquier agresión a los tejidos gingivales. El hombro dentro del surco puede ser establecido con una fresa cilíndrica diamantada con la misma dimensión de profundidad de la preparación. De esa manera, se disminuye la posibilidad de lesionar el epitelio surcular. La retracción gingival previa química-mecánica al uso de instrumentos manuales interponiéndose entre la encía y el diente, evita el contacto de la fresa con la encía. La extensión hacia dentro del surco es hecha a una profundidad hasta 0.5 para que sea alcanzada por el cepillado, fácil de impresionar, sin que exista la necesidad de procedimientos de retracción gingival que puedan lastimar las estructuras gingivales más profundas.¹⁴

Póntico

Es el elemento suspendido de una prótesis parcial fija. Reemplaza el diente natural perdido, restaura la función, y ocupa el espacio del diente faltante. El póntico es adherido al retenedor por medio de un conector rígido.¹⁶

Las cualidades deseadas en un póntico son: fácil limpieza, estético, cómodo y que restablezca la oclusión.

Bajo el punto de vista periodontal, los pónticos pueden representar un problema de higiene y salud gingival si determinados principios nos son respetados en su elaboración.

Sobre los tejidos blandos son observadas alteraciones inflamatorias directamente proporcionales al área de contacto y a la presión ejercida, principalmente si la mucosa es firme y el paso del hilo o el cepillo no es posible. Las modificaciones gingivales van desde rubor, edema, ulceraciones, hiperplasias, sangrado al menor toque mecánico y resorciones óseas con formación de pseudos bolsas.

Los principios de los contornos de las coronas son aplicables igualmente a los pónicos, junto con los detalles relativos a su ajuste cervical. El diseño y la manera de adaptación a los tejidos blandos del reborde edéntulo son los que determinan si los tejidos circunvecinos permanecerán saludables o se enfermarán. En su elaboración deben ser considerados:

- ◆ El grado de presión ejercida en el área de contacto del reborde.
- ◆ El contorno del espacio proximal.
- ◆ La morfología de la superficie cervical.

El contacto con el reborde debe ser el menor posible sin ejercer ninguna presión y permitir el paso fácil del hilo dental o el cepillo para mantener el reborde y la superficie cervical libres de placa bacteriana (Fig. 18). Se admite un área leve de contacto en la unión de las caras vestibular y cervical en las regiones de mayor exigencia estética (Fig.19). Ese contacto es apenas tangencial, de forma suave, como si fuese hecho a través de una película de saliva.



Fig. 18

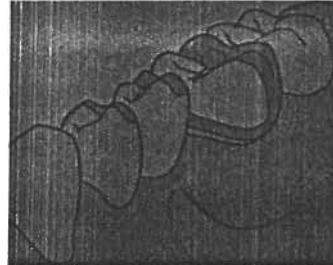


Fig. 19

La falta de espacio en el área edéntula, la presencia de hiperplasias gingivales o de una morfología inadecuada que no permita la colocación de un pónico que satisfaga la comodidad, estética y facilidad de limpieza que requieren correcciones quirúrgicas previas para reestructurar la superficie de soporte del pónico. La compensación de pérdidas óseas grandes puede ser obtenida a través de rotaciones de colgajo y obturación con injertos ó materiales aloplásticos biocompatibles.

Cuando más distante del reborde residual esté el pónico, mayor es la probabilidad que carrillos y lengua se toquen generando fuerzas elevadoras sobre la prótesis. La parafunción creada puede causar daños a los tejidos alrededor del diente y los carrillos.

La forma de la superficie cervical es, básicamente, convexa en el sentido vestibulolingual y mesiodistal. La morfología convexa en una superficie altamente pulida, favorece el acceso para la limpieza.¹⁵

Las concavidades en el sentido mesiodistal y la concavidad del pónico en forma de silla, realizado por que tiene la forma que más se parece al diente natural, resulta un nicho de placa bacteriana de remoción difícil y debe ser evitado. Si la presión y el mayor contacto son mantenidos, pueden

generar una atrofia del hueso subyacente y el recubrimiento periodontal de los dientes pilares.

A partir de la conformación cervical convexa en todos los sentidos, pueden ser introducidas unas modificaciones para adecuarse también la estética, fonética y evitar impactación alimenticia.

En dientes anteriores es creado un espacio libre entre el pónico y la encía, permitiendo pequeñas concavidades vestibulopalatinas, así la limpieza mecánica es más fácil de alcanzar. Pónicos con ese diseño son denominados en forma de plano inclinado o en forma de chaflán (Fig.20).

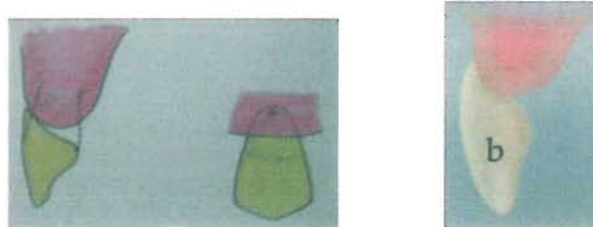


Fig. 20

En regiones posteriores, la colocación de pónicos con contornos más propicios a la salud peridontal, como los pónicos en forma de bala; los cuales se caracterizan por tener amplios espacios proximales y una superficie cervical redondeada como si todas las caras confluyeran hacia un mismo punto gingival central sobre la cresta del reborde o ligeramente para vestibular. Están indicados también en dientes anteriores inferiores y rebordes con extrema resorción.

La eventual retención de alimentos no tiene significado de impactación y es removida por el cepillado, sin dificultades.

En cualquier región de la boca, el límite cervical debe estar situado a una distancia mínima de 2 mm de la mucosa móvil, sin comprimir inserciones de frenillos y músculos, asociado con una terminación redondeada y lisa en la unión de la cara vestibular y cervical.¹⁴

Las dimensiones cérvico – oclusales reducidas indican que prácticamente sólo el tercio oclusal del diente sea restablecido. Sin duda es la morfología ideal, ya que no existe ningún contacto con los tejidos gingivales. Es el denominado pónico higiénico (Fig. 21).¹⁷

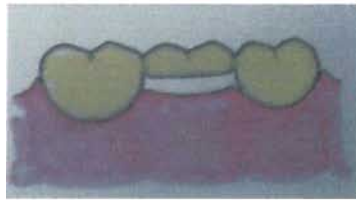


Fig.21

Los espacios interproximales tienen una forma triangular de base cervical, cuando es vista por vestibular, la conexión se sitúa en el tercio oclusal, sin invadir o dislocar el espacio de la papila.

En dientes anteriores las necesidades estéticas y fonéticas exigen una conexión próxima de la papila y un espacio interproximal vestibular más cerrado. Es necesario adecuar el espacio a un instrumento capaz de ejecutar una higiene eficaz en esa área, desde el cepillo unipenacho, un cepillo interdental o un hilo dental. El aumento de ese espacio por lingual se obtiene haciendo converger levemente las superficies proximales del pónico y de los retenedores, hacia lingual (Fig.22).

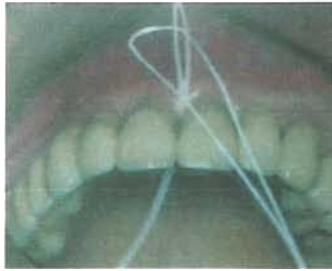


Fig. 22

Corona total

Son restauraciones protéticas que abarcan las superficies coronales del diente. Esta indicada cuando todas las restauraciones más conservadoras no pueden ser empleadas en virtud del grado de destrucción coronal por caries, fracturas, abrasión, necesidad estética y la presencia de restauraciones extensas abarcando todas las caras. Sirven también, para corregir el contorno de las superficies axiales, pequeñas giroversiones, inclinaciones dentales y modificar el plano de oclusión.

Ventajas

1. **Facilidad de preparación,** Su diseño es fácil de ser evaluado por la observación visual, en lo que se refiere a la forma, dimensiones y patrón de inserción.
2. **Son claramente superiores en retención y estabilidad a los otros diseños de preparación.** Por el área de superficie preparada hay una mayor extensión de contacto entre preparación y retenedor. La dimensión de desgaste permite un retenedor cuyo espesor ofrece más resistencia a la deformación. Está indicada como retenedor de

prótesis fijas de grandes espacios desdentados y ferulización de dientes con movilidad fuertemente aumentada.

3. Posibilidad de readecuar el diseño oclusal. Dientes inclinados o con pequeñas giroversiones pueden ser realineados en la arcada por desgastes planeados de sus superficies axiales.

4. Estética; la posibilidad de restaurar a través de coronas metal-cerámicas permite que toda la corona sea revestida con material estético.

Desventajas

1. La mayor desventaja es de orden biológica. Hay sacrificio de gran cantidad de estructura dental en todas las caras de la corona, con la consecuente exposición de un número elevado de túbulos dentinales. Su capacidad de reacción se mantiene hasta un determinado límite y, a partir de ahí, la lesión caminará en un sentido único, impidiendo la recuperación del tejido. La gran extensión del perímetro marginal cervical de las coronas es un factor de retención de placa. El perfil de emergencia es importante para la salud gingival.

2. Es una preparación irreversible, Una corona total solamente puede ser sustituida por otra corona total.

3. En la cementación, la posibilidad de escurrimiento del cemento solamente es posible a través del margen cervical. En las preparaciones parciales hay una facilidad mayor de escurrimiento.

Indicaciones

1. Como restauraciones de un diente con destrucción coronal severa donde las restauraciones parciales están contraindicadas.
2. En zonas de necesidad estética.
3. En los casos de modificación del plano oclusal y de posición del diente.
4. Como retenedores de prótesis fijas extensas y complejas, en las cuales las exigencias mecánicas son mayores.

Contraindicaciones

1. Es la preparación que menos preserva estructura dental, con mayores riesgos de compromiso pulpar y periodontal.

CORONA METAL – CERÁMICA

Indicaciones

1. Como restauración individual de todos los dientes posteriores y anteriores que necesitan de una restauración de cobertura total.
2. En la rehabilitación de los requisitos oclusales, plano de oclusión, dimensión vertical, relación céntrica y guía anterior.

3. Como retenedores de prótesis fijas complejas, pudiendo aún recibir modificaciones para soportar un retenedor de prótesis removible o un aditamento de precisión o semiprecisión.

Contraindicaciones

1. En pacientes jóvenes con cámara pulpar amplia.
2. En dientes anteriores intactos o con restauraciones de pequeña extensión.

Ventajas

1. La restauración de metal - cerámica combina la estética de la porcelana con la resistencia del metal. Una apariencia natural puede ser conseguida por la incorporación de pigmentos internos o de superficie.
2. La restauración abarca todas las superficies coronales, proporcionando excelentes calidades retentivas, por eso, está indicada como retenedor de prótesis fijas más compleja o extensas.
3. La porcelana como un revestimiento estético no es porosa, no sufre las modificaciones de color y los desgastes de los composites.
4. Es el material usado en prótesis que más dificulta la adherencia de placa microbiana, cuando está bien glaseada, por lo que es biocompatible.

Desventajas

1. La principal desventaja es de orden biológico y son restauraciones que requieren de una gran cantidad de reducción de tejido para acomodar metal y porcelana (1.5 – 2 mm).
2. Un diseño incorrecto de la estructura metálica o en pacientes con bruxismo, sin protección, puede llevar a cuarteaduras o fracturas del revestimiento de porcelana.
3. Puede provocar desgaste acelerado de los dientes anatómicos naturales, principalmente si no hay distribución adecuada a los contactos oclusales y una correcta guía anterior.

RESTAURACIONES PROVISIONALES

Son las restauraciones temporales que protegen los dientes preparados y simulan la forma y función de la prótesis. La fabricación de una restauración temporal preserva vitalidad de la pulpa y asegura el confort del paciente. Una restauración temporal puede ser también una matriz de cicatrización para el tejido gingival circundante y la mucosa edéntula adyacente.

El papel de las restauraciones provisionales durante el tratamiento no se limita solamente a una restauración provisional entre la preparación y la colocación de la prótesis definitiva.

Durante el uso, los contornos, textura, tipo de conexión y diseño oclusal pueden ser modificados, hasta alcanzar una etapa de calidad capaz de satisfacer plenamente las exigencias biomecánicas y estéticas. Sirve de referencia para el planeamiento y la confección de la prótesis definitiva.¹⁸

Requisitos para las restauraciones provisionales

Biológicos

La falta de adaptación de los márgenes puede llevar a cuadros de hipersensibilidad, infiltración, caries e inflamación gingival.

Una correcta adaptación cervical, a partir de preparaciones adecuadas, evita la invasión de los tejidos gingivales sobre los dientes preparados. Esa característica, asociada a superficies axiales con perfil emergente plano, sin sub y sobre contornos, en condiciones para que la encía marginal tenga un perfecto ajuste sobre las paredes de la restauración.

Los contornos cervicales bien adaptados, junto con superficies de textura lisa, permiten el mantenimiento de la salud periodontal y preservan la posición del margen gingival hasta la colocación de la prótesis.

El diseño del espacio interproximal de forma piramidal, establece las relaciones de contacto, sin invadir el área de la papila, posibilitando el mantenimiento de su integridad, e impidiendo la migración de los dientes pilares y evitando la acumulación de alimentos.

Prótesis provisional y la fase de tratamiento periodontal

Las prótesis provisionales además de ser empleadas como una restauración intermedia entre la preparación del diente y la colocación de la prótesis; son utilizadas en presencia de enfermedad periodontal, con el propósito de controlar la movilidad dental; como ferulización provisional, para facilitar los procedimientos quirúrgicos periodontales.

Las restauraciones provisionales desempeñan un papel relevante en numerosas situaciones clínicas, sirviendo para:

- a. Orientar los procedimientos quirúrgicos
- b. Orientar y proteger la cicatrización de los tejidos.
- c. Permitir la retención del cemento quirúrgico.
- d. Evaluar el control de placa.
- e. Facilitar la terapia periodontal y mejorar la comodidad del paciente.
- f. Evaluar pilares cuestionables en lo que se refiere a su mantenimiento.
- g. Esperar la posición definitiva del margen gingival.
- h. Eliminar factores retentivos de placa.

- i. Dar estabilidad de posición a los dientes; mantener la posición de los dientes, impidiendo migración, es función de la prótesis provisional, mientras se elabora la prótesis.
- j. Establecer la función oclusal; un procedimiento muchas veces de simple ejecución puede recuperar la condición fisiológica del sistema neuromuscular, favoreciendo el retorno de la mandíbula a su posición, propiciando una condición de salud al sistema, y una situación de comodidad y eficiencia masticatoria al paciente.
- k. Poseer formas de resistencia estructural y retención mecánica
- l. Dentro del propósito de mantener al individuo activo en su vida profesional y social, la prótesis provisional necesita hacer que esté se sienta confiado. Una de las virtudes es permitir modificaciones en sus contornos, textura, color y posición de los dientes . hasta que se encuentre un patrón estético personalizado, con apariencia natural.
- m. Los espacios interproximales y la extensión de las áreas de contacto de los pónicos, principalmente en la región anterior, están relacionados con la fonética.

CARILLAS

Frente estético de cerámica, composite o acrílico, confeccionado a la medida del diente e imitando la forma de la cara vestibular. Es un

procedimiento irreversible que se emplea en prótesis parcial fija para corregir las decoloraciones, desgastes, desalineaciones o dientes erosionados.¹⁹

Es la reducción de esmalte a partir de los siguientes requerimientos:

Generar una adecuada dimensión y espacio para la carilla ó el material de restauración.

Remover convexidades para crear un patrón de inserción definido de acuerdo con el recubrimiento de las superficies.

Generar un espacio adecuado para disfrazar las manchas y para el agente cementante.

Permitir un efecto de asentamiento de la carilla en toda la extensión y un ajuste perfecto de los márgenes, a través de una línea de terminación de la preparación definida.

Facilitar la localización intrasurcular (0.2mm) cuando la estética lo exija así.

Indicaciones

De orden estético, lo que incluye alteraciones principalmente en la cara vestibular de dientes anteriores, como manchas por fluorosis, obscurecimiento por tetraciclinas, mala formación, malposición en el arco, diastemas, caries, restauraciones amplias, obscurecimiento por razones endodónticas, pérdida de estructura coronaria por caries o traumatismo, erosión, abrasión, atricción, sobre todo en pacientes jóvenes con pulpa voluminosa.

Restablecer la función oclusal, rehabilitando la guía anterior, guía canina, dimensión vertical y rehabilitación oclusal extensa.

Servir como una ferulización provisional.

Contraindicaciones

Pacientes con bruxismo, hábitos morder objetos como lápiz y pipa; no son los candidatos ideales.

En pacientes que presentan mordida borde a borde.

No logra disfrazar manchas muy oscuras.

El color final del laminado cementado es el resultado combinado de varios factores, no solamente del color de la porcelana. Influyen también:

- ◆ El color original del diente.
- ◆ El color seleccionado de la porcelana y la cantidad de opacador adicionado.
- ◆ El color y opacidad del cemento.
- ◆ El uso de pigmentos de resina y caracterizaciones intrínsecas.
- ◆ La variación de la cantidad de reducción de esmalte y tipo de preparación.

Cementación provisional de las carillas

Las restauraciones provisionales son elaboradas por dos técnicas:

La técnica indirecta, a partir de una matriz de polipropileno, obtenida del modelo de estudio o de duplicación del encerado diagnóstico. Cuando se separa del modelo, es recortada levemente más corta que la extensión de las preparaciones, y extendida sobre los dientes no preparados que orientan y facilitan su colocación en boca.

La técnica directa, a partir de composite colocado y extendido sobre la preparación, elaborando la carilla provisional directamente y al final fotocurandola y puliendo como un composite convencional sin realizar un grabado ácido.

Las carillas provisionales, además de cumplir el papel de “mantener al individuo socialmente activo”, activan como elemento auxiliar de diagnóstico y sirven aún para evaluar si el espesor del desgaste promueve un efecto de enmascaramiento de las manchas.

La fase provisional posibilita modificaciones de tamaño y formas incisales hasta encontrar la solución estética que satisfaga, sirviendo, de referencia para la prótesis definitiva.

Los provisionales indirectos son cementados con el mismo cemento para la cementación definitiva, pero sin acondicionamiento ácido del esmalte, para ser fácilmente removidos posteriormente.

7.2 CONSIDERACIONES PROTÉSICAS EN PACIENTES TRATADOS PERIODONTALMENTE

Se tiene presente que es posible mantener un periodonto libre de infección, con base aun diseño protético y control personal de placa.

Los pacientes con soporte periodontal reducido presentan características, tales como los dientes remanentes con pérdida de inserción, muchas veces en niveles superiores a 80% presentan movilidad, migración y extrusión. La movilidad dental puede alcanzar niveles limitantes en el uso de los dientes; creando además una limitación de la función que provoca una situación de incomodidad.

Cuando existe recesión gingival puede haber sensibilidad dentaria, incidencia de caries radiculares, compromiso de las regiones de furcación, lesiones endoperiodontales; son alteraciones características consecuentes del cuadro evolutivo de la enfermedad periodontal.

Los fundamentos que orientan el tratamiento se basan en tres conductas básicas:

1. Eliminación y control de la enfermedad periodontal y caries y la institución de un programa de control profesional sistemático para el mantenimiento de la salud obtenida.
2. Tratamiento de las necesidades quirúrgicas restauradoras que incluyan periodoncia, ortodoncia, prótesis y endodoncia.
3. Posibilidad de elaboración de prótesis a cada situación clínica específica que sea capaz de conferir estabilidad oclusal y permitir que

las estructuras periodontales reducidas puedan soportar fisiológicamente las fuerzas desarrolladas durante la función.

La capacidad de soportar cargas no está relacionada, específicamente, solo con el área de inserción, sino también con la posibilidad efectiva de una prótesis con un diseño oclusal que dirija las fuerzas fisiológicamente, y se presupone que haya eficiente control de placa, evitando la recidiva de la enfermedad periodontal.

Los dientes pueden presentar movimientos horizontales, verticales y de rotación. Tales movimientos con diferentes magnitudes y direcciones, caracterizan la movilidad dental.

En la periodontitis grave, en la cual la pérdida de los tejidos es mayor que $1/3$ de la longitud de las raíces, la movilidad consecuente puede permanecer aumentada aún después de la terapia periodontal.

La movilidad coronaria aumentada debe ser considerada fisiológicamente, siempre que sea compatible con la comodidad y la función.

Después del tratamiento periodontal y el ajuste oclusal, los dientes pueden presentar tal movilidad, o signos de "movilidad progresiva creciente", que hay un riesgo evidente que las fuerzas generadas por la función puedan romper mecánicamente el ligamento periodontal remanente, causando la avulsión de los dientes.

Los dientes pueden mantenerse estables sin aumentar la movilidad, aún con una pérdida significativa de soporte de hueso alveolar. La rehabilitación protética, tiene la finalidad única y específica de restituir los dientes perdidos.

La ferulización o contención permite mayor ganancia de soporte periodontal, por la aplicación del principio de estabilización multiradicular. Por este principio, el eje de rotación (fulcrum) sufre un cambio de posición, y las fuerzas pasan a ser favorablemente transmitidas a las estructuras periodontales de soporte y mejor toleradas, porque, aunque la fuerza aplicada sea la misma, la resistencia a ella es aumentada.

La estabilidad quiere decir obtener un patrón estable, no creciente y progresivo de la movilidad, previniendo la inclinación o dislocación de los dientes y la férula, ya que la movilidad aumentada puede ser considerada un resultado aceptable de la rehabilitación periodontal y protética, siempre que sea compatible con la función. La ferulización intenta neutralizar físicamente las fuerzas que actúan en los dos sentidos, vestibulo-lingual y mesiodistal.

El equilibrio de la prótesis debe ser logrado en relación céntrica y en todos los movimientos excursivos mandibulares, bajo el riesgo de una inclinación o migración de la prótesis. Es necesario establecer su centro de rotación y neutralizarlo, a través de la colocación de cargas en algún segmento de la prótesis, para equilibrarla.

La pérdida de soporte periodontal con exposición parcial de las raíces, migración y rotación de los dientes y cambios de color por necrosis pulpar pueden tener limitaciones de orden estético, que requiere modificaciones solamente alcanzados a través de prótesis y ortodoncia.

La resistencia para absorber las cargas oclusales es disminuida por tres razones:

- ◆ Por la falta de vitalidad, conduce a una pérdida elevada de agua de su composición, disminuyendo la elasticidad de la dentina.
- ◆ Por la falta de vitalidad, modifica el umbral de excitabilidad, sugiriendo la pérdida de receptores y aumentando la fuerza posible sobre el diente, antes que los mecanorreceptores sean estimulados.
- ◆ Por la pérdida de estructura dental durante el tratamiento endodóntico, dejando el diente más frágil.

Los dientes desvitalizados deben ser evitados como pilares extremos de prótesis de espacios desdentados grandes.

El riesgo de caries puede ser controlado por el uso de flúor, dieta y revisión profesional sistemática.

Es fundamental mantener la estabilidad oclusal, buscando:

- ◆ Detectar fuerzas horizontales e interferencias oclusales que puedan aumentar la movilidad o tendencia de inclinación de la férula.
- ◆ Detectar concentración de cargas capaces de comprometer la retención mecánica o riesgo de fractura de uno de los componentes de la prótesis, principalmente en la región de dientes desvitalizados.

CAPÍTULO VIII

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Con base en toda la información, la importancia de la interrelación que existe entre la Periodoncia y la Odontología Estética Restauradora.

Reportamos tres casos clínicos diferentes en los cuales es necesario restablecer la salud periodontal y la estética dental con o sin tratamiento protésico.

Primer caso clínico

Cirugía plástica periodontal por motivos estéticos

Paciente: V. A. V. S. S.

Sexo: Femenino

Edad: 23 años

Lugar de nacimiento: México D.F.

Ocupación: Estudiante y empleada

Padecimiento actual: sana

Diagnostico: Coronas cortas y reabsorción ósea.

Segundo caso clínico

Cirugía plástica periodontal por motivos estéticos y protésicos

Paciente: F. C. S.

Sexo: masculino.

Edad: 33 años.

Lugar de nacimiento: México D.F.

Ocupación: Empresario.

Padecimiento actual: sano.

Diagnostico: gingivitis y coronas clínicas cortas 13 –23, 33 – 43 con múltiples resinas desajustadas.

Tercer caso clínico

Paciente tratada periodontal y protésicamente.

Historia clínica 2001

Paciente: M. C. D. C.

Sexo: Femenino.

Edad: 54 años.

Lugar de nacimiento: México, D. F.

Ocupación: Empleada Federal.

Padecimiento actual: colitis nerviosa.

Diagnostico: periodontitis generalizada.

Historia clínica 2005

Paciente: M. C. D. C

Sexo: Femenino.

Edad: 57 años.

Lugar de nacimiento: México, D. F.

Ocupación: Jubilada.

Padecimiento actual: colitis nerviosa.

Diagnóstico: Paciente tratada periodontalmente que requiere rehabilitación protésica.

CAPÍTULO IX

OBJETIVOS

9.1. OBJETIVO GENERAL

Abordar el tema de la interrelación que actualmente existe entre la Periodoncia y la Odontología Estética Restaurativa, tanto en la literatura como clínicamente.

9.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Presenta tres casos clínicos donde se relacionan la Periodoncia y la Odontología Estética Restaurativa.

1. Cirugía plástica periodontal con fines puramente estéticos
2. Cirugía plástica periodontal con fines estéticos y protésicos
3. Rehabilitación protésica de un paciente tratado periodontalmente.

CAPÍTULO X

METODOLOGÍA

Se integra con:

1. Un paciente sano periodontalmente pero con problemas de estética dentogingival;
2. Un paciente que presentaba gingivitis y desajuste en composites en la zona anterior superior e inferior, y presentaba coronas cortas.
3. Un paciente que presento periodontitis severa, y que requería rehabilitación protésica.

A los tres se les practicaron diversos tratamientos prequirúrgicos, quirúrgicos y protésicos.

CASOS CLÍNICOS

Primer caso clínico

Cirugía plástica periodontal por motivos estéticos

Procedimiento preoperatorio:

Historia Clínica.

Serie radiográfica, donde se encontró reabsorción ósea en zonas interproximales de todos los dientes.

Toma de fotografías iniciales (Fig 24, Fig. 26, Fig. 28).

Fase I.

Toma de modelos de estudio para realización de guías quirúrgicas y medición de coronas para calcular la cantidad de tejido que se eliminará, mediante un cuadro comparativo (Fig. 23).

Diente	Rx	Clínicamente
11	10 mm	9 mm
12	9 mm	8 mm
13	10 mm	9 mm
21	10 mm	9 mm
22	9 mm	8 mm
23	10 mm	9 mm
31	8 mm	7 mm
32	9 mm	6.5 mm
33	9.5 mm	7 mm
41	8 mm	6.5 mm
42	9 mm	7.4 mm
43	9.5 mm	8.5 mm

Fig. 23

Ficha Periodontal

Plan de tratamiento periodontal:

Cirugía Plástica Periodontal mediante alargamiento de corona en zona anterior superior con eliminación de tejido gingival con incisión a bisel interno y levantamiento del colgajo, abarcando del diente 13 al 23 (canino a canino).

En zona inferior eliminación de tejido gingival con incisión a bisel externo, abarcando del diente 33 al 43 (canino a canino).

Procedimiento quirúrgico:

Medición de las coronas clínicas

Anestesia de la zona prevista para la intervención quirúrgica

Colocación de la guía quirúrgica

Incisiones a bisel externo o interno según el caso con hoja de bisturí no.15

Remoción del tejido gingival

Levantamiento del colgajo

Reposicionamiento del colgajo

Sutura suspensoria con seda 3 ceros

Colocación de apósito quirúrgico Coe- Pack®*

Indicaciones Posoperatorias:

Analgesia:

- ◆ Uso de hielo para disminuir la inflamación.
- ◆ Evitar comida dura o crujiente.
- ◆ Evitar fumar.
- ◆ No se debe cepillar el área de operada.
- ◆ Las suturas deben ser removidas aproximadamente 7-10 días.
- ◆ Enjuagues diarios con Clorhexidina al 0.12% Oral B para Gingivitis®** dos veces al día, durante un periodo de 3 a 6 semanas.

* Coe- Pack® *Pasta Periodontal* / G C AMÉRICA INC. ALSIP, IL60803 U. S. A.

Mantenimiento:

- ◆ Técnica de cepillado y utilización de aditamentos de limpieza.
- ◆ Cada 6 meses fase I.

Fotografías

Iniciales



Fig. 24

Finales

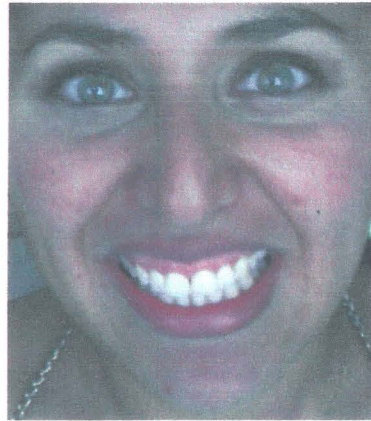


Fig. 25



Fig. 26



Fig. 27

** Oral B para Gingivitis®, Laboratorios rety de Colombia, S.A



Fig. 28



Fig. 29

Segundo caso clínico

Cirugía plástica periodontal por motivos estéticos y protésicos

Procedimiento preoperatorio:

Fase I

Toma de fotografías iniciales (Fig. 31, Fig. 33).

Historia Clínica

Serie radiográfica, donde se encontró cantidad normal de hueso en todas las zonas.

Toma de modelos de estudio para realización de guías quirúrgicas y medición de coronas para calcular la cantidad de tejido que se eliminará, mediante un cuadro comparativo (Fig. 30).

Diente	Rx	Clínicamente
11	10 mm	8 mm
12	9 mm	6 mm
13	10 mm	7 mm
21	10 mm	8 mm
22	9 mm	7 mm
23	10 mm	7 mm
31	8 mm	5.5 mm
32	9 mm	7 mm
33	8 mm	7.5 mm
41	9 mm	5.5 mm
42	9 mm	7 mm
43	8 mm	7 mm

Fig. 30

Ficha Periodontal.

Plan de tratamiento periodontal:

Cirugía Plástica Periodontal mediante alargamiento de corona en zona anterior superior e inferior con eliminación de tejido gingival, gingivectomía con incisión a bisel interno y osteoplastía con fresas de baja y limas de hueso.

Procedimiento quirúrgico:

Medición de las coronas clínicas

Anestesia de la zona prevista para la intervención quirúrgica

Colocación de la guía quirúrgica

Incisiones a bisel interno con hoja de bisturí no. 15

Remoción del tejido gingival

Levantamiento del colgajo

Osteoplastia con fresas de fisura de baja velocidad y con irrigación de suero fisiológico.

Osteoplastia con limas de hueso

Reposicionamiento del colgajo

Sutura suspensoria con seda de 3 ceros

Colocación de apósito quirúrgico Coe- Pack®*

Indicaciones Posoperatorias:

- ◆ Analgesia.
- ◆ Uso de hielo para disminuir la inflamación.
- ◆ Evitar comida dura o crujiente.
- ◆ Evitar fumar.
- ◆ No se debe cepillar el área de operada.
- ◆ Las suturas deben ser removidas aproximadamente 7-10 días.
- ◆ Enjuagues diarios con Clorhexidina al 0.12% Oral B para Gingivitis®** dos veces al día, durante un periodo de 3 a 6 semanas.

Mantenimiento:

- ◆ Técnica de cepillado y utilización de aditamentos de limpieza.
- ◆ Cada 6 meses fase I.

* Coe- Pack® *Pasta Periodontal* / G C AMÉRICA INC. ALSIP, IL60803 U. S. A.

** Oral B para Gingivitis®, *Laboratorios Rety de Colombia, S.A.*

Fase protésica

Toma de modelos de estudio.

Montaje en el articulador.

Elaboración de encerado diagnóstico

Plan de tratamiento protésico: Carillas de porcelana 13 – 23 y 33 – 43.

Elaboración de provisionales, duplicando el encerado diagnóstico, con acetato de calibre 20 rígido para provisionales.

Preparación de los dientes a rehabilitar 13 – 23 y 33 – 43.

Toma de impresiones con polivinilsiloxano Elite® H-D+*, consistencia ligera y pesada. La toma de registro de mordida con silicona por adición Occlufast*

Ajuste de las carillas en boca

Grabado ácido de las carillas con ácido fluorhídrico IPS Ceramic®**

Cementación de las carillas de Empress®** con cemento dual Varioilink®**

Eliminación de la totalidad del cemento excedente.

Toma de fotografías finales (Fig. 32, Fig. 34).

Revisiones periódicas.

* Zhermack® SpA Vía Bovazecchino, 100 – 45021 Polesine, Italy.

** Ivoclar vivadent®

Fotografías

Iniciales

Finales

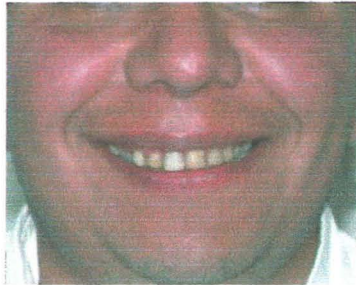


Fig. 31



Fig. 32



Fig. 33



Fig. 34

Tercer caso clínico

Paciente tratada periodontal y protésicamente

Procedimiento preoperatorio:

Historia Clínica.

Serie radiográfica.

Fotografías iniciales. (Fig. 36)

Ficha Periodontal 2001. (Fig. 35)

Fase I.

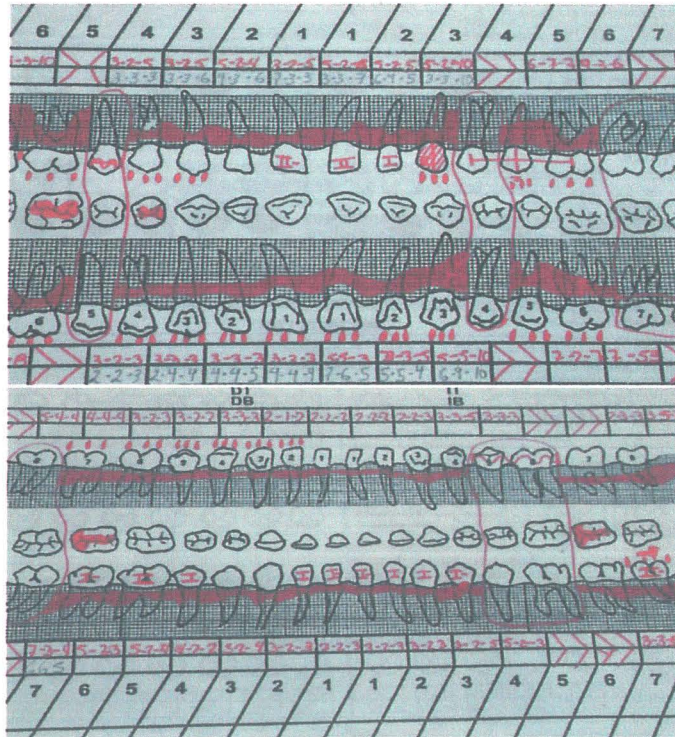


Fig. 35



Fig. 36

Plan de tratamiento periodontal 2001

Cirugía periodontal de debridación por colgajo.

Acondicionamiento de la superficie de la raíz con PrefGel™* y aplicación de **Emdogain®*** y, 13 a 23 solamente.

En zonas de 14 - 17, 24 - 26, 31 - 37 y 41 - 47 se realizó **xenoinjerto** de hueso bovino Bio-Oss®**. El xenoinjerto es un injerto tomado de un donante de otra especie.

Procedimiento quirúrgico:

Medición de la profundidad de la bolsa periodontal.
Anestesia de la zona prevista para la intervención quirúrgica
Incisiones intrasurcales con hoja de bisturí no. 12 y 15
Levantamiento del colgajo
Remoción del tejido granulomatoso
Alisado radicular
Determinación de la morfología del defecto
Acondicionamiento de la superficie de la raíz con PrefGel™*
Aplicación del gel EMDOGAIN®*
Reposicionamiento del colgajo
Sutura, puntos aislados con seda 3 ceros.

Indicaciones Posoperatorias:

- ◆ Analgesia.
- ◆ Uso de hielo para disminuir la inflamación.
- ◆ Evitar comida dura o crujiente.

* BIORA AB, SE-205 MALMÖ, SWUEDEN

** Geistlich Biomaterials

- ◆ Evitar fumar durante las siguientes 6 semanas.
- ◆ Enjuagues diarios con Clorhexidina al 0.12% Oral B para Gingivitis®* dos veces al día, durante un periodo de 3 a 6 semanas.
- ◆ Prescripción antibiótica sistémica.
- ◆ No se debe cepillar el área de operada hasta después de 6 semanas.
- ◆ Las suturas deben ser removidas aproximadamente 7-10 días.

Mantenimiento:

- ◆ Toma de fotografías (Fig. 37)
- ◆ Los primeros 6 meses revisión mensual.
- ◆ Cada 3 meses fase I.
- ◆ La medición clínica no debe ser hecha hasta 6 meses después de la cirugía.



Fig. 37

* Oral B para Gingivitis®, Laboratorios Rety de Colombia, S.A.

Fase Protésica

Toma de fotografías (Fig. 38, Fig. 39)

Toma de modelos de estudio

Montaje en el articulador

Realización de encerado diagnóstico.



Fig. 38



Fig. 39

Plan de tratamiento Protésico: Elaboración de prótesis fija que abarca la zona del diente 22 al 26, donde el diente 24 esta ausente, la prótesis fija se utilizará también para ferulizar a los dientes de la movilidad que presentan como secuela de la enfermedad periodontal. Del lado opuesto la prótesis abarcará del diente 14 al 17, donde al diente 14 se le modificará la mordida cruzada que presenta, el diente 15 está ausente, y se pretende igualmente la ferulización de los dientes. En la zona anterior (12- 21) se elaborarán carillas de porcelana, para regularizar el arco dentario y así restablecer la estética lo mejor posible.

Elaboración de provisionales, duplicando el encerado diagnóstico, con acetato de calibre 20 rígido para provisionales.

Preparación de los dientes a rehabilitar 14 – 17, 22 – 26, para prótesis fija y 21 – 12 para carillas.

Toma de impresiones con polivinilsiloxano Elite® H-D+*, consistencia ligera y pesada. La toma de registro de mordida con silicona por adición Occlufast*

Elaboración de prótesis definitivas de metal - cerámica Cerammco 3

Prueba de metales

Prueba de porcelana

Cementación de prótesis con cemento temporal Temp Bond®**

Ajuste de las carillas en boca

Grabado ácido de las carillas con ácido fluorhídrico

Cementación de las carillas de Empress®*** con cemento dual Varioilink®***

Fotografías finales

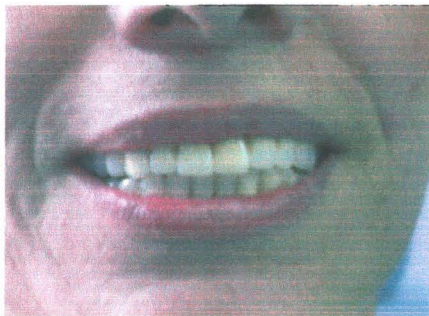


Fig. 40



Fig. 41

* Zhermack® SpA Via Bovazecchino, 100 – 45021 Polesine, Italy.

** SDS KERR CORPORATION ®

CONCLUSIONES

Actualmente la estética dental tiene una base más sólida éticamente. Puede ayudar a conseguir autoconfianza, siempre debe realizarse dentro de una práctica correcta de la odontología y conseguir una salud dental total.

No será necesario corregir una asimetría gingival si la línea labial es baja; si la sonrisa es media o alta podría ser preciso un tratamiento quirúrgico u ortodóntico para colocar el nivel gingival a una altura que resulte imperceptible en el momento de sonreír.

La salud periodontal es obviamente importante para el mantenimiento y longevidad de los dientes y consecuentemente de los trabajos protésicos; también es importante en la estética puesto que las alteraciones periodontales provocan cambios de color, contorno, textura de la encía perjudicando el conjunto estético aún en presencia de prótesis bien confeccionadas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Belém N. Jr. A, Belém N. A., "Cirugía Periodontal Con Finalidad Protésica", 1ª. Edición Actualidades Médicos Odontológicas Latinoamérica, C.A. (AMOLCA), Sao Paulo – Brasil 2001, pp, 59.
2. Goldstein R. E., "Odontología Estética Vol.I, Principios, Comunicación, Métodos Terapeuticos", Ars Médica, STM Editores 2002, pp. 3-5.
3. Duarte C. A., "Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética", Editorial Santos Livraria Brasil 2004, p. 341- 361.
4. Lindhe J, Thorkild K., Niklaus P, Lang, "Periodontología Clínica, Implantología Odontológica", Editorial Panamericana 2001, pp. 607, 655-687.
5. Diccionario MOSBY de medicina y ciencias dela salud, Edit. Mosby – Doyma libros, S.A. 1995, p. 995.
6. Rufenacht C. R., "Principios de integración Estética", Ed. Quintessence Books 2001. 99 – 119, 208.
7. Mallat D. E., "Fundamentos de la estética bucal en el grupo anterior", Editorial Quintessence, S.L., Barcelona, 2001, pp15-29, 56-57.
8. Scharer P., Ludwig, "Principios Espeticos en la Odontología Restaurativa", Ed. Doyma Barcelona España 1991, pp. 29-60.
9. Wilson T. G., Korman Jr DDS K. S, DDS, DhP, "Fundamentals of Periodontics", Second Ed., Quintessence books, 2003, pp, 540-41.

10. Rose L. F., Mealey B. L., Genco R. J., Cohen D. W., "Periodontics Medicine, Surgery and Implants", Ed. El servier Mosby 2004, pp. 412-17, 573-601, 677-82
11. Fombellida C. F., "La Elongación Coronaria Para El Práctico General", Patrocinado por Instituto Lácer De Salud Buco-Dental Lácer, S.A., Barcelona, 1999, pp, 4-8, 12-14, 15, 16,26-29, 56-61.
12. Miller P. D., A. Edward P. Jr. "The development of periodontal plastic surgery", Periodontology 2000, vol, 11 1996. pp. 7-17.
13. Garber D. A., Salama M. A., "The aesthetic smile: diagnosis and treatment", Periodontology 2000 vol, 11, 1996, pp. 18-28.
14. Mezzomo, E., "Rehabilitación Oral para el Clínico", Editorial AMOLCA, 2003, pp 61-113, 521-552.
15. Rosenberg M., Keough H., "Periodontal and Prosthetic Management for Advanced cases Quitessence Books 1998.
16. Goldstein R. E., Haywood Van B., "Odontología Estética, Vol II" Ed. ARS Medica 2002, pp. 678-9.
17. Kenneth W. Ascheim, B. G. Dale, "Odontología Estética" Ed. Hancourt Mosby 2ª. Ed., 2002 pp 125-6.
18. William FP M., Koth, D., "Tylmans, Teoria y Práctica en Prostodoncia Fija" Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica AMOLCA, Colombia, 8a edición,1994, pp357-369, 255.

19. Diccionario de Odontología, Edit. Panamericana Buenos Aires, 1996, 2ª.
Ed., p. 151.