



7
2 ej.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
Zaragoza**

**CONSIDERACIONES PREVIAS AL
TRATAMIENTO PROTESICO**

T E S I S

Que para obtener el título de :

CIRUJANO DENTISTA

Presentan :

**MARIA DE LOURDES ARAIZA ALVAREZ
RICARDO MIYANO RODRIGUEZ**

México, D. F.

1985



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.

I N D I C E

PROTOCOLO DE TESIS PROFESIONAL	1
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
PROPEDEUTICA Y SEMIOLOGIA	3
INTRODUCCION	4
ESTUDIO CLINICO	9
BIBLIOGRAFIA	15
CAPITULO II	
CONSIDERACIONES QUE EN LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA DEBEN SER OBSERVADAS PARA LA REALIZACION DE UN TRATAMIENTO PROTESICO	16
INTRODUCCION	17
HIGIENE ORAL	18
PLACA DENTAL	19
CEPILLADO DENTAL	23
BIBLIOGRAFIA	27
CAPITULO III	
CONSIDERACIONES EN OPERATORIA DENTAL PREVIAS A UN TRATAMIENTO PROTESICO	28
INTRODUCCION	29
CLASIFICACION DE CAVIDADES	31

AMALGAMAS	36
RESINAS	39
INCRUSTACIONES	40
BIBLIOGRAFIA	43

CAPITULO IV

CONSIDERACIONES ENDODONTICAS PREVIAS

A UN TRATAMIENTO PROTESICO	44
INTRODUCCION	45
ACTITUDES HACIA EL TRATAMIENTO ENDODONTICO-PROTESICO	46
DIAGNOSTICO CLINICO EN ENDODONCIA	46
TRATAMIENTOS MAS COMUNMENTE UTILIZADOS EN DIENTES QUE SERAN TOMADOS EN CUENTA DENTRO DE UN TRATAMIENTO PROTESICO QUE TENGAN NECESIDADES DE TRATAMIENTO ENDODONTICO	50
ALTERACIONES PULPARES MAS FRECUENTES	55
CAMBIOS DENTALES DESPUES DEL TRATAMIENTO ENDODONTICO	59
CONSIDERACIONES ENDODONTICO-PROTESICAS	60
BIBLIOGRAFIA	61

CAPITULO V

CONSIDERACIONES EXODONTICAS PREVIAS

AL TRATAMIENTO PROTESICO	62
INTRODUCCION	63
INDICACIONES EN EXODONCIA	64
CONTRAINDICACIONES EN EXODONCIA	65
BIBLIOGRAFIA	75

CAPITULO VI

CONSIDERACIONES PARODONTALES PREVIAS

AL TRATAMIENTO PROTESICO	76
INTRODUCCION	77
SALUD PARODONTAL Y PROTECCION DEL PARODONTO	78
ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL	82
GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA	88
ENFERMEDAD PARODONTAL, SU RELACION CON PROTESIS	89
ASPECTOS PARODONTALES DE LA PROTESIS	90
BIBLIOGRAFIA	91

CAPITULO VII

CONSIDERACIONES QUIRURGICAS A TOMARSE

EN CUENTA PARA LA ELABORACION DE UN TRATAMIENTO PROTESICO	92
INTRODUCCION	93
CRITERIOS DE UN REBORDE IDEAL	94
PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS	97
PROCEDIMIENTOS PARA MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR	101
BIBLIOGRAFIA	103

CAPITULO VIII

CONSIDERACIONES PROTESICAS	104
INTRODUCCION	105
ESCALA DE DESDENTAMIENTO	105
FACTORES EXTRABUCALES QUE TIENEN RELACION CON EL APARATO PROTESICO DESCRITO	106
CONDICIONES ELEMENTALES DE LA PROTESIS FIJA	107

CONDICIONES ELEMENTALES DE LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE	109
CONDICIONES ELEMENTALES DE LA PROTESIS COMPLETA	111
RELACIONES INTERMAXILARES Y OCLUSION	112
FACTORES DE OCLUSION	114
IMPORTANCIA DEL CRITERIO CLINICO CORRECTO	115
BIBLIOGRAFIA	116
RESULTADOS, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS (POR CAPITULOS)	117
CAPITULO I	118
CAPITULO II	120
CAPITULO III	121
CAPITULO IV	122
CAPITULO V	123
CAPITULO VI	124
CAPITULO VII	125
CAPITULO VIII	126
BIBLIOGRAFIA GENERAL	127

PROT O C O L O D E T E S I S P R O F E S I O N A L

PROTOCOLO DE TESIS PROFESIONAL

Título del Proyecto:

CONSIDERACIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO PROTESICO.

Area Específica:

Atención Secundaria

Integrantes:

Araiza Alvarez Ma. de Lourdes.

Miyano Rodríguez Ricardo.

Asesor:

Dr. Jesús Bernal Magaña.

Fundamentación de la elección del Tema:

La Odontología busca mantener un equilibrio funcional y es tético a nivel oral, la prótesis es uno de los medios que la Odontología utiliza para lograr este fin.

La prótesis nos ofrece un campo muy amplio de recursos que llevan como principal objetivo, la restauración de la función perdi da por la falta de órganos dentarios.

Es de importancia tomar en cuenta que la prótesis no se en cuentra aislada de las demás especialidades en Odontología, tales - como la Endodoncia, Parodoncia, Exodoncia, Cirugía, etc., sino que se relaciona y toma de cada una de ellas aspectos y consideraciones que permitan su aplicación. Por lo tanto es de suma importancia conocer cuáles son esas consideraciones con que cada especialidad - - cuenta para discriminar entre la aplicación o no de un tratamiento-protésico. Esta información mostrará al Odontólogo los criterios ne cesarios para tratar de llegar lo más cerca posible a las metas que el procedimiento de elección sea capaz de dar, tomando en cuenta el alcance restaurativo que se pretenda obtener dentro del tratamiento protésico. Así mismo contará con una guía adecuada para realizar un diagnóstico tomando como base los métodos y técnicas utilizados en la profesión Odontológica.

La correcta utilización de los medios y métodos de diagnóstico, así como el conocimiento de las consideraciones previas al tratamiento de un paciente con necesidades protésicas, dará como resultado una mayor probabilidad de que éste paciente, tomando como unidad Bio-psico-social, funcione de manera más adecuada con su medio ambiente, ya que se tratará de lograr un equilibrio entre el aspecto funcional y el aspecto estético; que como se mencionó anteriormente, la prótesis como una de las especialidades odontológicas busca mantener ese equilibrio.

Planteamiento del Problema:

¿Es el manejo adecuado de las técnicas de diagnóstico, junto con el conocimiento de las consideraciones previas del tratamiento protésico lo que aumentarán las probabilidades de éxito de dicho tratamiento?

Hipótesis del Trabajo:

El manejo adecuado de las técnicas de diagnóstico, así como el conocimiento de las consideraciones previas a un tratamiento protésico, aumentan las probabilidades de éxito del mismo.

Objetivo General:

Establecer cuales son los procedimientos y en general las consideraciones previas a la elaboración de un tratamiento protésico, así como los materiales y métodos para la realización de los estudios pertinentes.

Objetivos Específicos:

1- Establecer la importancia de la realización de un correcto Estudio Clínico y Radiográfico, así como su estructura, tomando en cuenta exámenes de laboratorio.

2- Explicar los aspectos más importantes que la metodología de la propedeutica médica y en general la Odontología toman en cuenta para establecer un diagnóstico.

3- Enunciar y establecer cuales son las consideraciones pre

vias que las diferentes especialidades odontológicas aportan para el establecimiento de las condiciones adecuadas a la implementación de un tratamiento protésico.

4- Enunciar los materiales e instrumental que serán necesarios durante la realización del estudio clínico, señalando sus características y propiedades.

MATERIAL Y METODO.-

Material:

- Libros de texto especializados en el tema a desarrollar
- Libros de texto que apoyen los temas.
- Revistas y folletos relacionados con temas odontológicos
- Dibujos y materiales de apoyo editados por la propia --
ENEP Zaragoza y por otras instituciones docentes.

Método Científico.

El tema será seleccionado en base al apoyo bibliográfico pertinente, el cual se recopilará para darle una primera lectura. Esta información se seleccionará de acuerdo a los siguientes criterios; que sea tomada de revistas existentes que traten temas odontológicos relacionados con el tema a desarrollar como tesis, así como la consulta de libros de texto, materiales de apoyo y folletos.

Para las revistas y folletos se tomará en cuenta que la fecha de edición y publicación sea no mayor de 2 a 3 años de antigüedad, ya que se tratará de manejar información reciente.

En el caso de los libros de texto y materiales de apoyo se tomará en cuenta que sean las últimas ediciones que en el momento se encuentren en circulación.

En ambos casos se tomará en cuenta la amplitud de la información acerca del tema, su accesibilidad, su relevancia y aportación académica, su uso e importancia en la práctica diaria odontológica.

La información será clasificada tomando en cuenta la especialidad a que se refiera dando prioridad a la obtenida en revistas y folletos la cual será complementada por la obtenida en los libros de texto para posteriormente darle una segunda lectura.

La información que después de la segunda lectura se haya considerado como necesaria e importante será organizada en base a la importancia de los temas a tratar, considerándose para ello un orden por capítulos, posteriormente esta información ya organizada se analizará con respecto a los objetivos específicos con lo que se tomará la decisión de ampliar o modificar el trabajo.

Se tomará en cuenta que toda la información que en todo momento sea manejada se relacionará con el tema a tratar que es el conocimiento de las consideraciones previas al tratamiento protésico.

De acuerdo a los criterios de selección los capítulos que serán tomados en cuenta y desarrollados son:

CAPITULO I

1).- Propedeutica y Semiología, su relación e importancia en odontología y su aplicación al estudio de las consideraciones -- previas al tratamiento protésico.

2).- Expediente Clínico.- Contenido e importancia en prótesis así como su aplicación a nivel general en la práctica odontológica.

a).- Historia Clínica.- Relación con los auxiliares de diagnóstico y el papel que representan para lograr un diagnóstico de necesidades protésicas.

Consideraciones previas al tratamiento protésico por ramas de especialidad odontológica.

CAPITULO II

Consideraciones que en la Odontología Preventiva deben ser observadas para la realización de un tratamiento protésico.

1).- Importancia de la higiene oral como factor que induce al realizar o no un tratamiento protésico.

2).- Mencionar las acciones más importantes que deben ser llevadas a cabo por el paciente o por el odontólogo para conservar una adecuada higiene oral preprotética, dando importancia al control de placa dentobacteriana y los recursos para llevarla a cabo.

CAPITULO III Consideraciones en Operatoria Dental previas a un tratamiento protésico.

1).- Características generales de los diversos tipos de restauraciones hechas en odontología por medio de la operatoria dental-atendiendo a;

- La evaluación de las restauraciones realizadas con anterioridad.

- La detección de las necesidades que en el momento de la consulta pudieran ser detectadas.

- Mencionar la importancia de la correcta utilización de los materiales dentales utilizados en odontología preventiva como las amalgamas, resinas e incrustaciones, asimismo, relacionar las ventajas de estos materiales como ayuda para poder lograr condiciones adecuadas previas a un tratamiento protésico.

CAPITULO IV Consideraciones endodónticas previas a un tratamiento protésico.

1).- Características generales de un tratamiento endodóntico, que puedan ser auxiliares en la indicación de un tratamiento protésico.

2).- Evaluación de los tratamientos realizados con anterioridad y evaluación de las necesidades actuales en base a;

- Pruebas de vitalidad

- Estudio radiográfico, en donde se observarán las características morfológicas de las estructuras tratadas endodónticamente, así como las estructuras circundantes. Todo ésto para determinar si se encuentran en condiciones de servir como ayuda en caso de que se indique un tratamiento protésico.

3).- Papel de la endodoncia en la prótesis dental.

CAPITULO V Consideraciones exodónticas preprotésicas.

1).- Evaluación de los procedimientos realizados anteriormente y detección de las necesidades actuales en base a;

- Un estudio radiográfico completo
- Análisis de los modelos de estudio

2).- Ventajas y características generales que da la exodoncia para ser una de las especialidades odontológicas que puede ayudar a proporcionar condiciones adecuadas previas a la implementación de un tratamiento protésico.

3).- Mencionar las anomalías que se encuentran más frecuentemente y que la exodoncia se encarga de corregir (generalidades).

CAPITULO VI Consideraciones parodontales a tomarse en cuenta previas a la elaboración de un tratamiento protésico.

1).- Evaluación del paciente por medio de;

- Estudios radiográficos
- Análisis de modelos de estudio
- Examen parodontal (características generales)

2).- Características de las enfermedades parodontales que afecten la elaboración de un tratamiento protésico (generalidades).

3).- Estructuras que deben tomarse en cuenta por ser directamente afectadas por un tratamiento protésico (características generales).

CAPITULO VII Consideraciones quirúrgicas a tomarse en cuenta para la elaboración de un tratamiento protésico.

1).- Evaluación de los tratamientos anteriormente realizados así como la detección de problemas existentes en el momento en base a;

- Estudio radiográfico
- Análisis de modelos de estudio

2).- Características generales de los más importantes procedimientos utilizados en cirugía oral, previos al tratamiento protésico. Mencionando las anomalías que esos procedimientos pudieran corregir.

Toda la información contenida en los anteriores capítulos - será revisada y podrá tener las modificaciones que sean necesarias - tomando en cuenta la importancia, aportación de conocimientos, su fácil entendimiento y claridad para poder presentarla en el texto.

Por último, en base a todo el trabajo realizado se llegará a la obtención de resultados tomando en cuenta la relación con los - objetivos generales y específicos. Posteriormente el texto será analizado tomando como guía los puntos más importantes de cada capítulo en donde los resultados serán complementados con la hipótesis y el - planteamiento del problema para llegar a dar las conclusiones finales, para en el caso, sean dadas las medidas superadoras pertinentes.

BIBLIOGRAFIA DEL PROTOCOLO

- Glickman I ; PERIODONTOLOGIA CLINICA. 2a. Edición. Editorial Interamericana; México 1972.
- Kraus, Jordan, Abrams: ANATOMIA DENTAL Y OCLUSION. 1a. Edición, Editorial Interamericana; México 1972.
- J. Dunn Martin, Zion Shapiro Cindy: ANATOMIA DENTAL DE CABEZA Y CUELLO 1a. Edición, Editorial Interamericana; México 1978.
- L. Miller Ernest: PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE. 1a. Edición, Editorial Interamericana; México 1975.
- Orban: HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES. 1a. Edición, Editorial Prensa Médica Mexicana; México 1978.
- G. Shafer William: TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL, 3a. Edición, Editorial Interamericana, México 1977.
- Harty F.J; ENDODONCIA EN LA PRACTICA CLINICA. 1a. Edición, Editorial El Manual Moderno, S.A.; México 1979.
- Ries Centeno Guillermo A; CIRUGIA BUCAL. 8a. Edición, Editorial El Ateneo; Buenos Aires, Argentina 1980.
- Mc. Carthy Frank M: EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA (PREVENCION Y TRATAMIENTO). 3a. Edición Editorial El Ateneo; Buenos Aires, Argentina 1981.

- Lesson C Ronald, Lesson S Thomas; HISTOLOGIA, 3a. Edición, Editorial Interamericana; México 1977.
- Guyton Arthur C; TRATADO DE FISILOGIA MEDICA, 5a. Edición, Editorial Interamericana; México 1977.
- J Dunn Martin, Booth Donald; FARMACOLOGIA, ANALGESIA, TECNICAS DE-ESTERILIZACION Y CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA DENTAL, 1a. Edición, Editorial El Manual Moderno; México, 1980.
- Ritacco; OPERATORIA DENTAL. 6a. Edición, Editorial Mundi S.A.I.C.-y F; México 1973.
- Martines Ross Erick; OCLUSION. 2a. Edición, Editorial VICOVA Editores, S.A.; México 1978.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	Presentación del Protocolo de Tesis Profesional.	Aceptación del Tema e inicio de Investigaciones Bibliográficas, organización y elaboración del Texto.	Revisión y presentación del Texto.
ABRIL	X X X X X X		
MAYO		X X X X X X X X	
JUNIO		X X X X X X X X	
JULIO		X X X X X X X X	
AGOSTO			X X X X X X

INTRODUCCION.

La falta de dientes ha sido algo común desde siempre, debido a que gran parte de la población pierde a través del tiempo, algunas de sus piezas dentarias; esto producirá que las personas que presenten el problema sean candidatos a que en ellos se realiza un tratamiento protésico.

La Prótesis, como especialidad Odontológica, ofrece al paciente una serie de procedimientos encaminados a restaurar las funciones perdidas por la falta de órganos dentarios tales como el hablar, el masticar correctamente entre otras y en general afectando el buen funcionamiento del aparato estomatognático, ésto hace necesario restablecer dichas funciones perdidas, incluyendo desde luego, la restauración estética que puede verse afectada de una u otra forma, para esto, es necesario encontrar en el paciente las condiciones adecuadas para poder implementar el tratamiento protésico que necesite, por lo que es pertinente realizar un estudio concienzudo de las consideraciones para lograr el éxito deseado del tratamiento de elección.

Nunca se insistirá demasiado en que debe formularse un programa global, amplio y en forma adecuada antes de comenzar cualquier tratamiento protésico definitivo. Este proceso puede dividirse en tres etapas principales a saber:

- 1).- El examen, que incluye la historia clínica; inspección visual, palpación, estudio radiográficos, análisis de modelos, y en general un estudio que abarque las condiciones generales y requisitos que debe tener el paciente previos a la implementación de un tratamiento protésico, tomando en cuenta a las especialidades Odontológicas.

- 2).- La selección del tipo de prótesis que se prescribirá, y;
- 3).- La elaboración del plan de tratamiento, la técnica a seguir y el control postprocedimiento.

La relación que éstas tres etapas guardan entre sí en el programa global para la construcción de una prótesis es de gran importancia ya que no se pueden enumerar los tipos de tratamientos clínicos necesarios hasta que se haya determinado el tipo de prótesis o combinación de ellas, de la misma forma que no se puede prescribir la aplicación de una prótesis hasta el momento de haber llevado a cabo un examen minucioso y detallado de las condiciones que guarda el paciente a tratar. De ésta forma se explica la interrelación inseparable y dependencia recíproca de éstas tres etapas del proceso de planeación para el éxito de un tratamiento protésico.

Por otro lado, la infinidad de procedimientos y detalles clínicos así como las consideraciones previas que deben ser observadas de las demás especialidades odontológicas constituyen factores que pueden aumentar o disminuir el éxito de los procedimientos que sea necesario realizar en un paciente que necesite algún tipo de prótesis.

Considerando todo lo anterior, ésta tesis se limitará al estudio clínico y consideraciones previas a la implementación de un tratamiento protésico tomando como base las condiciones que deben de existir en el paciente desde el punto de vista de las especialidades odontológicas.

CAPITULO I

PROPEDEUTICA Y SEMIOLOGIA

(IMPORTANCIA DEL ESTUDIO CLINICO).

CAPITULO I

PROPEDEUTICA Y SEMIOLOGIA

(importancia en el Estudio Clínico).

INTRODUCCION.

La Semiología y la Propedéutica son disciplinas que van a la par, es decir, que una requiere de la ayuda de la otra; desde épocas anteriores la relación entre ambas ha existido, aunque no estaban totalmente definidas.

Actualmente se define a la Semiología como la disciplina que se ocupa del estudio de los síntomas y signos de las enfermedades, así como de las técnicas para la obtención de datos o semiotécnica. Parte de la observación de los hechos y utiliza un razonamiento que va de lo general a lo particular.

Por medio de la Semiología, el médico obtiene la información necesaria que lo lleva a dar un diagnóstico, seguir el curso de una enfermedad así como apreciar los resultados de la terapéutica.

La Semiología estimula el hecho de observar al paciente en su lecho, con lo cual se deduce una connotación vivencial muy particular.

La reelevancia de los grandes clínicos de antaño se basaba en su aguzado sentido de observación, mismo que les permitía reparar en ciertos rasgos aparentemente intrascendente, y que pasaban desapercibidos para otros. El llamado "ojo clínico" consistía precisamente en valorar en su justa medida esos pequeños síntomas y signos que constituyen el lenguaje criptográfico de los órganos de los enfermos y en aplicar además, la experiencia y los conocimientos previos a la solución de las situaciones enigmáticas que enfrenta el internista.

Recordando al filósofo atomista Leusipo, se acepta que en la evolución natural de la medicina nada se produce vanamente, sino que se va creando a partir de una necesidad en virtud de una razón;

ésto es, que conforme surge la necesidad es imperativo buscar una - razón y plantear alternativas de solución.

La historia clínica ha experimentado profundas modificaciones en su concepción y contenido específico acordes con las corrientes médicas de cada época.

Fue en Grecia, con Hipócrates, donde se plasmaron las primeras historias clínicas con un enfoque precientífico.

La historia clínica surge con los 42 relatos patográficos - de Hipócrates, en donde describió enfermedades, cuadros clínicos y - recursos semiológicos que dejaron huella del extraordinario poder de observación que caracterizó a éste médico sabio de la isla de Cos, - y que aún en ésta época previven.

La patografía hipocrática se anticipó a la filosofía aristotélica. La medicina es somatista, es una experiencia sensual de los - sentidos, es el trato con los cuerpos.

En la edad media, la historia clínica pierde vigencia porque los Conciliums Medievales no constituyen en verdad historias - - clínicas.

La patografía resurge durante el renacimiento, de forma más opulenta y minuciosamente descriptivo, rico en detalles y con un - - agregado importante: La observación anatomopatológica del caso relatado.

La historia clínica del Renacimiento es pródiga en detalles de la individualidad; esto puede considerarse natural ya que médico - y paciente no son antes aislados ni inmunes a los conceptos de los - valores reinantes a los productos espirituales de su tiempo.

El método anatomoclínico alcanza su mayor auge en la edad - contemporánea. Durante los siglos XVIII y XIX florece la patografía - con mentalidad corporalista.

Las historias clínicas de Charcot y Broca, de Laennec y -- Bright son ejemplo claro de esa concepción visiva y somatista de la medicina.

La fisiopatología incorpora una nueva dimensión en medicina pero la historia clínica de Tanhauser, de Naunyn y Wunderlich, agrega cifras, mediciones y gráficas logrando así que se conviertan en -- enormes masas documentales, en una simple acumulación numérica, sin transmitir el menor atisbo de la esencia ágil y fluida de la personalidad humana.

Un cambio trascendente en la historia clínica llega con --- Freud ya que se deja de lado el carácter puramente anatómico, bioquí -- mico o fisiopatológico y se establece la unidad cuerpo-alma.

La medicina antropológica imprime un nuevo giro a la historia clínica, ya que no solo interesa la enfermedad, sino que se da -- importancia al hombre enfermo, su biografía y su realidad social.

Por lo que respecta a la Propedéutica clínica, sabemos que -- es aquella que estudia las causas e interpretación patológica de los diversos síntomas y signos hallados, con el fin de establecer un -- diagnóstico primero de presunción y después de certeza.

Etimológicamente proviene de las raíces griegas Pro que sig -- nifica antes y Paideygo enseñar.

El método que utiliza es el examen físico, y los instrumen -- tos de la propedéutica médica.

De manera tradicional, el proceso se divide en etapas: ver -- (inspección), sentir (palpación), dar golpecitos o golpes (percu -- ción) y escuchar (auscultación).

Nuestros antecesores profesionales confiaban en el olfato -- y el gusto (sabor), pero cada vez pierde importancia en la medicina -- occidental moderna.

Fue hasta principios del siglo XIX cuando comenzó a comprenderse el potencial del diagnóstico físico. Hubo razones complejas -- para explicar la aparición tardía del conocimiento en la medicina -- en general pero lo principal se relacionaba con la forma en que los médicos concebían la enfermedad.

Mientras el hombre consideró a las enfermedades como sobrenaturales no hubo necesidad de conocimientos anatómicos o fisiológicos.

Los Griegos estudiaron la naturaleza con recursos rudimentarios ya que solo disponían de dos instrumentos: La observación y la racionalización. Su tecnología limitada se ejemplifica por la clepsidra o reloj de agua que podía utilizarse para contar el pulso.

Su método de estudio fue en esencia igual al que se utiliza hoy en la medicina clínica. El estudio de las enfermedades a la cabecera del enfermo se denomina aún en ocasiones método hipocrático, debido al nombre del que se considera padre de la medicina.

El sistema griego tenía un defecto ya que estaba destinado a limitar la propedéutica médica puesto que de acuerdo a su filosofía holística, los griegos teorizaron que todas las enfermedades tenían una causa común que era un desequilibrio de las porciones líquidas del organismo, más específicamente de los cuatro humores: Bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema; y es por ésto que los hipocráticos desarrollaron poco conocimiento de la anatomía y la patología.

Para los médicos de la edad media y el renacimiento el diagnóstico se centraba en la astrología.

Fue en ésta época (1514-1564) que la anatomía humana llegó al nivel de ciencia debido a los trabajos de Andrés Vesalio, primer médico científico verdaderamente grande después de Galeno.

Fue Giovanni Batista Morgagni (1682-1771) quién realizó -- una recopilación sistemática de lo que hoy denominamos correlaciones clínicopatológicas. El primer paso fue la anotación cuidadosa de -- signos y síntomas que presentaban los pacientes en vida. La segunda fase clave se llevó a cabo en la mesa de necropsias en donde relacio-- nó los datos anatomopatológicos con las observaciones anteriores a -- la muerte.

Leopold Auenbrugger (1722-1809) publicó un pequeño volumen-- denominado "Nuevo Invento", el cual fue el medio diagnóstico que llama-- mos percusión, el cual se apoya en el hecho físico que los sonidos que se producen al golpear sobre estructuras huecas difieren de los-- de las sólidas.

Algunos médicos del siglo XIX fueron increíblemente exper-- tos en el arte de la percusión.

Jean Nicola Corvisart (1755-1821) captó el posible mérito -- de la percusión y comenzó a probarla con el método que comprobó ser-- finalmente fecundo en manos de los clínicos franceses y que consis-- tía en percutir, anotar y comprobar las conclusiones en examees de -- necropsia.

La práctica de escuchar los sonidos colocando el oído direc-- tamente en el tórax de los pacientes, y la auscultación inmediata -- eran conocidas por los antiguos médicos griegos.

En 1816 Laennec inventó el estetoscopio, con el cual escu-- chó sonidos que nunca antes se habían escuchado o descrito, y para -- los cuales no había definiciones dentro de la literatura médica. Fue el creador de gran número de términos que se utilizan hoy en día en-- la propedéutica médica.

Se aceptó de inmediato como un trabajo que hacía época y -- pronto se propagó la auscultación en la clínica médica de todo el -- mundo.

El método se ha comprobado y se han reconocido sus limitaciones, deduciendo que se necesita algo más, como por ejemplo el diagnóstico químico; la ciencia de la física contribuyó con innovaciones como los rayos X descubiertos por Wilhelm Röntgen en 1895.

ESTUDIO CLINICO.

Por todo lo mencionado anteriormente podemos darnos cuenta de que para la obtención de un diagnóstico acertado debemos apoyarnos en la semiología y en la propedéutica, lo que servirá para realizar un adecuado estudio clínico, el cual lleva una cuidadosa valoración de la información que se obtiene del paciente a través de su historia clínica, examen físico general y local, auxiliares de diagnóstico como modelos de diagnóstico, radiografías, exámenes de laboratorio indicados, etc.

El estudio clínico es la aplicación de un conjunto de procedimientos que se efectúan para obtener información acerca del estado de salud de un individuo.

La historia clínica es el formato donde se registran los datos que se obtienen a lo largo del estudio clínico y en donde se establecen las medidas terapéuticas que se aplicarán. El propósito de ésta, es contar con una fuente fidedigna y permanente de información mas confiable que la memoria humana, y en la cual tengan acceso las personas que integran el equipo multidisciplinario a través del tiempo.

Requisitos de la historia clínica:

- 1) Incluir todos los datos importantes.
- 2) La información debe localizarse fácilmente.
- 3) Que esa información pueda ser utilizada por diversas personas.
- 4) Que sea clara y precisa.
- 5) Debe ser simplificada.

La obtención de datos requeridos se va a realizar a través de la aplicación de los métodos clásicos de la propedéutica que son:

- I.- El interrogatorio.
- II.- La exploración física.
- III.- La utilización de auxiliares de diagnóstico.

I.- Interrogatorio: Procedimiento de exploración clínica -- por medio del lenguaje. Es una serie ordenada de preguntas que nos sirven para orientarnos sobre la localización, principio y evolución, estado actual y terreno en que se desarrolla el proceso patológico.

Este puede ser directo o indirecto:

- a) Directo.- Es el que se realiza al paciente mismo.
- b) Indirecto.- Es el que se lleva a cabo con otras personas solicitando información del paciente que por algún motivo no sea capaz de proporcionar.

Por medio del interrogatorio podremos determinar el estado físico del paciente a nivel general y en ese momento, pero sin llegar a un diagnóstico definitivo.

La secuencia adecuada para llevar a cabo un interrogatorio correcto que nos de información necesaria es:

- 1.- Padecimiento actual.
- 2.- Interrogatorio por aparatos y sistemas.
- 3.- Signos y síntomas generales.
- 4.- Terapéutica empleada.
- 5.- Antecedentes patológicos y no patológicos.
- 6.- Antecedentes hereditarios.
- 7.- Antecedentes personales.

11.- Exploración Física: Es el conjunto de procedimientos - de investigación clínica en los cuales utilizamos los órganos de los sentidos, además de instrumental especializado con el fin de obtener datos acerca del estado de salud del paciente.

Los métodos de exploración física son:

- 1.- La inspección.
- 2.- La palpación.
- 3.- La percusión.
- 4.- La auscultación.
- 5.- La punción exploradora.

1.- Inspección: Es un método de exploración clínica que nos suministra datos por medio de la vista y se divide en:

- a) Simple o directa.- Es la que realiza sin ayuda de aparatos.
- b) Indirecta o instrumental.- Se requiere el uso de aparatos especiales.

Los factores para una buena inspección son: buena iluminación de preferencia luz natural y cuando sea necesario luz artificial; luz fría desechando la luz amarilla para evitar que pasen desapercibidas algunas coloraciones.

Datos a obtener: Aspecto general, signos, forma, volúmen, - actitud, coloración, movimientos, estado de la superficie y simetría.

2.- Palpación: Método de exploración que nos proporciona datos por medio del tacto; puede ser:

- a) Simple.- Bimanual, monomanual y digital.
- b) Instrumental.- Se hace con el auxilio de sondas o estiletes.

Los factores para una buena palpación son: Buena iluminación, agradable temperatura (10° a 20° C).

Datos a obtener: Consistencia, sensibilidad, temperatura y movilidad de la piel sobre los planos profundos.

3.- Percusión: Procedimiento de exploración que consiste en golpear metódicamente la región explorada, con el objeto de producir fenómenos acústicos, localizar puntos dolorosos e investigar movimientos reflejos tendinosos; puede ser:

- a) Directa e indirecta.
- b) Superficial y profunda.

Directa.- Se golpea la región sin que haya interposición -- entre la región percutida y el elemento percutor; ésta a su vez puede ser:

Percusión directa simple.- Cuando se golpea la superficie -- con los dedos.

Percusión directa instrumental.- Se realiza con la ayuda de un instrumento.

Indirecta.- Es aquélla en la que se coloca un cuerpo entre la superficie percutida y el elemento percutor; se divide en simple e instrumental.

Percusión indirecta simple.- Se le reconoce como dígito digital, en ella el dedo de una mano golpea sobre los dedos de la otra hacia la superficie a explorar.

Percusión indirecta instrumental.- Se realiza con un instrumento llamado plerímetro.

Superficial.- Se dan golpes suaves (de pequeña intensidad).

Profunda.- Son golpes más intensos para alcanzar una mayor profundidad.

Los factores para una buena percusión son los mismos que en la palpación, pero aquí deberá establecerse además un absoluto silencio.

Datos a obtener: Dolor, movimientos y fenómenos acústicos.

4.- Auscultación: Método de exploración que nos proporciona datos por medio del oído; se divide en inmediata, mediata y a distancia.

Inmediata.- Es cuando se aplica directamente la oreja sobre la región por auscultar.

Mediata.- Es aquélla en la que hay interposición de aparatos entre el oído y la región por explorar.

A distancia.- Se usa cuando hacemos el estudio de la tos y algunos ruidos que se perciben a distancia.

Los factores para una buena auscultación son los mismos que en la percusión.

Datos a obtener: Fenómenos acústicos, especialmente del aparato respiratorio y circulatorio.

5.- Punción exploradora: Consiste en la introducción a través de los tejidos de una aguja hueca o de un trocar fino, seguido de aspiración por medio de una jeringa, ésto con el objeto de saber que en la región que se trata existe alguna colección líquida.

III.- Auxiliares de diagnóstico: Son medios por los cuales se puede recabar información más amplia acerca del estado de salud del individuo, facilitando el diagnóstico.

Los auxiliares más utilizados son:

1.- Exámenes de Laboratorio: Donde se obtienen las cantidades alteradas o no dentro de los niveles establecidos como parámetros normales.

2.- Exámenes fisiológicos: Funcionamiento irregular del órgano o sistema en estudio (por ejemplo la vitalidad pulpar y el uso del vitalómetro).

3.- Estudio radiográfico: Arroja datos acerca de alteraciones o no de forma, tamaño y volumen de órganos o sistemas en estudio.

4.- Modelos de estudio: Mediante el estudio tridimensional de las estructuras que éstos modelos de diagnóstico nos dan podemos obtener información acerca de la simetría, malposiciones y crecimiento anormal de las estructuras en estudio.

Todos los aspectos anteriores conforman un expediente clínico el cual es de gran ayuda para emitir un diagnóstico.

Por lo que se refiere a la elaboración de un diagnóstico, - protésico, además de los pasos anteriores, se debe tomar en cuenta - cuatro requisitos:

I.- La historia clínica debe incluir: Los datos personales del paciente, sexo, edad, estado civil, ocupación, dirección; los -- principales datos subjetivos y las observaciones objetivas más notables. Para realizar ésto, se aplica el método clásico de la propedéutica, que es el interrogatorio.

II.- Exploración visual y de contacto: Se debe apreciar y - evaluar en forma continua, sistemática y tranquila una aproximación- constante al diagnóstico protésico; debe realizarse con la observa- ción directa y por contacto de las formas y estructuras integrales - de la cavidad oral y tejidos adyacentes; se lleva a cabo por medio - de la exploración física.

III.- Modelos de estudio: Deben utilizarse para todos los - casos de restauración; los modelos deben ser montados sobre articuladores ajustables, utilizando procedimientos estandar de transferencia; pueden elaborarse un análisis de la oclusión para determinar -- las necesidades de equilibración oclusal, y llevar a cabo además observaciones referentes al plano oclusal, dientes extruídos y sobre -- oclusión anterior horizontal y vertical.

IV.- Estudio radiográfico: Las radiografías completas de la boca proporcionan un caudal de información necesaria para planear - el tipo de prótesis que el paciente requiera.

Entre la información obtenida por medio de éstos estudios - cabe señalar el tamaño de la pulpa; una evaluación de las estructu- ras de soporte, la morfología radicular y la ausencia de patología.

B I B L I O G R A F I A

CAPITULO I

- Mc Carthy Frank M : EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA. 3a. edición, editorial El Ateneo; Buenos Aires Argentina 1981, pág. 9-15, 32-39, 40-58.
- J. Dunn Martin, Booth Donald: FARMACOLOGIA ANALGESIA, TECNICAS DE ESTERILIZACION Y CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA DENTAL. 1a. edición Editorial Manual Moderno, S.A.; México 1980, pág. 135-140, - - - 142-148.
- Schaposnik Fidel: SEMIOLOGIA, 1a. edición, Editorial El Ateneo, - Buenos Aires, Argentina 1978. pág. 10-40.
- Material de apoyo mimeografiado correspondientes al segundo semestre: ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO UNIDAD II. ENEP ZARAGOZA - - 1980.
- Delp-Mahlon A, T Manning Robert: PROPEDEUTICA MEDICA, 8a. edición Editorial Interamericana; México 1977, pág. 10-15, 20-32.
- Jeiglie Hector: SEMIOLOGIA DE LA BOCA, 1a. Edición, Editorial Cultural, S.A., La Habana Cuba 1979 pág. 5-8, 10-22.
- Standish Mitchell: PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA, 2a. Edición, editorial Interamericana; México 1973, pág. 10-18, 22-40.

C A P I T U L O I I

**CONSIDERACIONES QUE EN LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA
DEBEN SER OBSERVADAS PARA LA REALIZACION DE UN -
TRATAMIENTO PROTESICO.**

CAPITULO II

CONSIDERACIONES QUE EN LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA DEBEN SER OBSERVADAS PARA LA REALIZACION DE UN TRATAMIENTO PROTESICO.

INTRODUCCION.

Mantener el cuerpo en un estado de salud óptimo es la meta de cualquier especialista en ciencias de la salud, y desde luego el Cirujano dentista no es la excepción. El Cirujano Dentista prudente y cuidadoso debe proteger la salud bucal de sus pacientes en forma integral, en vez de fungir solo como un individuo que cura dientes dañados. Por lo tanto el Cirujano Dentista debe estar al tanto de lo que la Odontología Preventiva le ofrece para cuidar de la salud oral de sus pacientes.

La literatura sobre medidas preventivas ha aumentado de manera considerable, ofreciendo al odontólogo recursos varios, que puestos en práctica diariamente y con todos los pacientes en el consultorio dental, pueden dar como resultado una disminución de los problemas en la cavidad oral.

En un contexto adecuado, la Odontología Preventiva se convierte en un concepto o filosofía que comprende la adopción de cualquier programa que pueda prevenir, eliminar o reducir los problemas o alteraciones en la cavidad oral. Así mismo la Odontología Preventiva basa su actividad en los niveles preventivos de Levell y Clark -- que son:

- Nivel 1 - Promoción de la salud.
- Nivel 2 - Protección específica.
- Nivel 3 - Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- Nivel 4 - Limitación del daño, y;
- Nivel 5 - Rehabilitación.

Estos niveles de atención encierran dentro de ellos mismos una serie de actividades de orden preventivo que entre otras se encuentran:

1º.- Programas de salud odontológicos a nivel individual -- y comunitario siendo por lo tanto aplicables a todas y cada una de las especialidades odontológicas.

2º.- La preparación adecuada de las cavidades.

3º.- Aspectos preprotésicos, etc.

HIGIENE ORAL.

El odontólogo de práctica general así como el especialista en prótesis deben conocer los procedimientos preventivos más comúnmente utilizados dentro y fuera del consultorio dental para lograr que sus pacientes presenten una higiene oral adecuada. Para que la higiene oral sea eficaz deberá ser estimulada, supervisada y revisada periódicamente para poder evaluar sus resultados en beneficio del paciente.

EL IHOS, (índice de higiene oral simplificado), fue ideado para servir como un recurso epidemiológico y ha sido considerado como un método razonablemente sensible para evaluar el estado de higiene oral en grupos de población, pero se recomienda su utilización en el consultorio dental como auxiliar en la determinación del estado de salud oral del paciente al llegar éste al consultorio por primera vez. Al final del tratamiento realizado por el odontólogo se recomienda el levantamiento nuevamente de otro índice para compararlo -- con el realizado en la primer sesión, ya que con éste el odontólogo podrá evaluar los adelantos que hasta ese momento se hayan logrado -- en el paciente con respecto a su higiene oral.

La limpieza dental puede realizarla el higienista dental o el odontólogo como procedimiento de consultorio o puede ser realizada por el paciente, en el primer caso la técnica emplea instrumentos manuales y cepillos mecánicos o copias con abrasivos leves, a intervalos de tiempo de tres a seis meses, en el segundo procedimiento se incluye el uso de un cepillo con cerdas y una pasta dentrífica.

Para que lo anteriormente mencionado sea posible de llevar a cabo, deben establecerse una serie de actividades dirigidas hacia el paciente que le permitan lograr un adecuado control en su higiene oral, con lo que se logrará que las características de integridad y salud de los dientes y encías se conserven en buenas condiciones.

La introducción del paciente a seguir un programa personal de higiene oral debe ser estructurado en base a la motivación y educación del mismo; también al conocimiento y a la correcta interpretación de los resultados de los estudios que lleven a conocer la situación actual de su salud oral, de esta forma los problemas encontrados serán atendidos con oportunidad, previniendo problemas mayores. Se tratará de lograr con lo anteriormente mencionado que se aumenten las posibilidades de éxito de los tratamientos que se vayan a realizar así como mantener un adecuado estado de salud oral.

Es importante para el paciente que en especial tenga necesidades protésicas el entender que un buen control en su higiene oral reditúa en que los aparatos protésicos que se estén utilizando o que se vayan a utilizar, puedan tener un soporte adecuado para ofrecer sus máximas ventajas y funciones para los que fueron o serán colocados.

Gran parte de los problemas que la falta de higiene oral -- provoca, son causados por factores que en un momento dado pueden ser corregibles y controlables evitando con ésto que las condiciones orales sufran cambios que perjudiquen la salud oral y que ésto repercuta en la salud general del individuo.

PLACA DENTAL

Se destaca que la placa dental es el factor etiológico principal de la caries dental, la gingivitis y la enfermedad parodontal.

La placa dental es un depósito amorfo blando granular que se acumula sobre las superficies dentarias, restauraciones y en algunos caso en los cálculos dentarios cuando éstos se encuentran presentes en la boca. Esta placa se adhiere firmemente a - - -

las superficies subyacentes de los dientes, de las cuales se desprende mediante la limpieza mecánica; a medida que se acumula se convierte en una masa globular visible, con pequeñas superficies nodulares cuyo color varía del gris, y gris amarillento al amarillo.

La placa dental es variable en su composición física y química pero por lo general se compone de elementos salivales como mucina y células epiteliales descamadas y microorganismos. Es característico que se forme en superficies dentales en las cuales no se efectúa adecuadamente el cepillado, se forma además en igual proporción en el maxilar superior y en el maxilar inferior aumentando su formación en las superficies linguales anteriores y en las vestibulares superiores posteriores, así como en los espacios interproximales.

Otros de los factores que inducen a la formación de placa dental son los siguientes:

- a).- Impacción de alimentos.
- b).- La mala utilización del cepillo dental y de los auxiliares de limpieza.
- c).- El factor dieta.
- d).- La presencia de hábitos, etc.

Impacción de alimento .

Es la acunación forzada de los alimentos en el parodonto -- por la fuerza de oclusión, la carencia de un adecuado punto de contacto entre los dientes predispone al aumento en la impacción de los alimentos, así mismo la impacción predispone a la formación de la -- placa dental, mal alimento y problemas parodontales entre otros. La mala utilización del cepillo dental y de los auxiliares de limpieza.

Como consecuencia del enérgico cepillado horizontal o rotatorio aparecen en la enfa alteraciones y abrasiones en los dientes. El efecto delatereo del cepillado abusivo se acentúa cuando se usan dentríficos excesivamente abrasivos. Por otra parte el traumatismo -- crónico del cepillado tiene por consecuencia la recesión gingival --

causando problemas tales como la denudación de la superficie radicular. El problema puede empeorar con el uso incorrecto de los accesorios como el hilo dental, los palillos de madera que entre otros pueden generar problemas debido a que favorecen la impacción de alimentos, formación de placa dental y los anteriormente mencionados problemas gingivales y parodontales.

El factor dieta.

El papel de la alimentación y los factores nutricionales merecen una especial consideración porque es frecuente observar diferencias en la frecuencia de la caries y enfermedades parodontales en poblaciones con diferentes hábitos alimenticios.

La naturaleza física de la dieta es uno de los factores que influye en la diferencia de problemas de caries y enfermedades parodontales entre el hombre primitivo y el moderno. La alimentación del primero consistía por lo general en alimentos crudos no refinados -- que contenían gran cantidad de cáscaras o salvado que limpiaban los dientes de los residuos adherentes durante las excursiones masticatorias.

En la dieta moderna los alimentos refinados blandos tienden a adherirse fuertemente a los dientes y no son eliminados por la falta general de dureza, la reducción de la masticación favorece la acumulación de los alimentos y por ende la formación de placa dental en todas las superficies dentales.

Contenido de carbohidratos.- Ha sido aceptado universalmente como uno de los factores más importantes en el proceso sobre todo de caries dental y uno de los pocos factores que puedan modificarse a voluntad como medida preventiva. El hecho de que la ingestión de carbohidratos aumente la formación de placa es de gran importancia, las bacterias forman dextran a partir de los carbohidratos, particularmente de la sacarosa.

La limitación de la ingestión de carbohidratos ayuda a disminuir la formación de placa y por lo tanto hay que instruir al paciente respecto a ello.

Hábitos.

Otro aspecto que debe ser observado es el que se refiere a la presencia de hábitos que afectan a los dientes en su posición e integridad física, factores también que pueden provocar dificultades para la implementación de un tratamiento protésico. Los hábitos son factores importantes en el comienzo y evolución de enfermedades como las gingivales, maloclusiones y problemas parodontales; hay una gran variedad de hábitos y se clasifican de la siguiente forma:

1).- Hábitos Neuróticos.- Como el mordisqueo de los labios y carrillos, lo cual conduce a posiciones extrafuncionales de la mandíbula, mordisqueo de las uñas, "emuje lingual", así como morder lápices, bolígrafos y las llamadas neurosis oclusales (bruxismo).

2).- Hábitos Ocupacionales.- Como sostener clavos en la boca, según lo hacen los carpinteros y zapateros, cortar hilos o la presión de una boquilla al tocar determinados instrumentos musicales.

3).- Hábitos Varios.- Como fumar pipa o morder cigarros, masticar tabaco, respiración bucal y succión del pulgar.

Al modificar o corregir los factores anteriormente mencionados se debe recordar al paciente la forma de controlar éstos; para que no se vuelvan a presentar los problemas siguiendo las indicaciones que el odontólogo le proporcione, una de las formas de lograr lo anterior es establecer permanentemente un adecuado control higiénico para lo cual el odontólogo introducirá al paciente a ejercer un control de placa dental, así como a la correcta utilización de los materiales y métodos que le ayudarán a lograrlo. También se inducirá a la erradicación de los hábitos que puedan empeorar o dificultar el programa de control de placa dental.

CONTROL DE PLACA

Es la prevención de la acumulación de la placa dentaria y otros depósitos que se encuentren entre los dientes y las superficies gingivales adyacentes. Para implementar un adecuado control de placa se tomarán en cuenta los dos tipos de pacientes que pueden presentarse en el consultorio dental que son:

1).- Los pacientes sin experiencia en el conocimiento de los materiales y métodos para un correcto control de placa dental, y;

2).- Los pacientes con experiencia previa.

Pacientes sin experiencia previa en control de placa.- Se les motivará dándoles a conocer que para poder establecer un correcto tratamiento integral, se deben buscar las condiciones adecuadas de limpieza oral, para ello, será necesario establecer un control de placa dental de acuerdo a sus necesidades, todo ésto en una primer cita.

En una segunda sesión, se le dará a conocer la técnica de cepillado a seguir así como los materiales que ha de utilizar; en citas posteriores se evaluarán los resultados, corrigiéndose las fallas que en cada cita se pudieran encontrar.

Pacientes con experiencia previa en control de placa.- Igualmente se les motivará a poner en práctica nuevamente los hábitos higiénicos que ya manejaron con anterioridad, haciendo las consideraciones y modificaciones necesarias de acuerdo a la situación que presente el paciente.

El control de placa dental está dado por el uso de diferentes procedimientos y materiales tales como:

1).- La correcta utilización del cepillo dental y el hábito de una correcta técnica de cepillado.

2).- El correcto uso de los auxiliares de limpieza como:

a).- El hilo dental.

b).- Los limpiadores interdentarios de caucho, madera y plástico.

c).- Aparatos de irrigación, y;

d).- Enjuagatorios bucales con soluciones especiales.

CEPILLADO DENTAL.

El cepillado dental elimina la placa y materia alba y al hacerlo reduce la instalación y frecuencia de la caries y de las enfermedades gingivales y parodontales, las características generales que el cepillado dental ofrece son las siguientes:

1).- Barrer y desalojar la conexión de alimentos, desechos y acumulaciones de microorganismos de todas las caras dentales en general.

2).- Dar masaje suave a los tejidos gingivales, para favorecer un buen suministro sanguíneo, además de buscar que se mantengan en buenas condiciones las papilas interdentarias y la encía en general.

3).- No deberá ser fuente de traumatismo, ni mucho menos debe irritar ni lacerar los tejidos orales.

4).- Que el paciente pueda aprovechar los movimientos con los que realiza su técnica acostumbrada, adecuándolos a la técnica que sus necesidades requiera.

La interrupción del cepillado lleva como consecuencia la predisposición a que nuevamente se forme placa dental y a que se instalen nuevamente los problemas que ya se habían resuelto.

Hay diferentes técnicas de cepillado que pueden ser utilizadas siendo el dentista el que escoja la que más beneficios le represente al paciente. Desde luego con excepción de los métodos abiertamente traumáticos, es la minuciosidad, y no la técnica, el factor que determina la eficacia del cepillado dental.

EL CEPILLADO DENTAL.

Los cepillos son de diversos tamaños, diseños, dureza de cerdas, longitud y distribución de las mismas. Un cepillo debe limpiar eficazmente y proporcionar accesibilidad de todas las áreas de la boca, Bass recomienda un cepillo de mango recto, de cerdas de nylon de 0.17 mm de diámetro, de 10 mm de largo, con extremos redondeados, dispuestos en tres hileras de penachos, con seis penachos regularmente espaciados por hilera, con 80 a 60 filamentos por penacha.

LIMPIADORES INTERDENTARIOS.

Son eficaces para la limpieza de las superficies inaccesibles para los cepillos, por lo regular se utilizan inmediatamente después de las comidas. Hay diferentes tipos de limpiadores interdentarios tales como:

- a).- puntas de caucho.
- b).- palillos de madera.
- c).- puntas de plástico.
- d).- puntas de palillos colocados en soportes especiales (Charstem, Perio-aid).

HILO DENTAL.

La finalidad del hilo dental es la eliminación de la placa dental de entre los espacios y puntos de contacto interproximales -- así como complementar la limpieza lograda después del cepillado dental.

El hilo dental deber ser usado con mucho cuidado ya que se pueden lacerar seriamente los tejidos gingivales. Como se mencionó anteriormente la finalidad del hilo dental es la de remover la placa dental, pero en algunos casos con el se pueden remover algunos restos de alimentos pero definitivamente ésta no es su función. La retención de alimentos será tratada corrigiendo los contactos proximales y las cúspides "émbolos", que se presenten defectuosas.

APARATOS DE IRRIGACION.

Estos proporcionan un chorro de agua fijo o intermitente, - bajo presión, a través de una boquilla. La irrigación con agua es un accesorio eficaz de la higiene bucal que cuando se utiliza además del cepillado proporciona ventajas mayores que las obtenidas mediante el cepillado solamente.

ENJUAGATORIOS.

Los enjuagatorios pueden ser usados como coadyuvantes del - cepillado pero no como un sustituto, el uso de enjuagatorios solamente no es suficiente para mantener una buena higiene bucal.

Por último es necesario que el paciente colabore activamente por el bien de su propia salud oral, adoptando todas y cada una - de las indicaciones que el odontólogo le mencione como necesarias -

para establecer permanentemente un control personal de placa dental, el objetivo es principalmente mantener la cavidad oral en condiciones adecuadas de limpieza, integridad y estética previniendo cualquier tipo de alteración dental o de sus estructuras relacionadas.

Una boca limpia y libre de alteraciones es una boca en donde en el caso de tener necesidades protésicas, éstas, podrán ser satisfechas más fácilmente, ya que los tejidos guardarán sus características normales y podrán ser colocados los aparatos protésicos que se requieran, sobre el entendido de que los tejidos de soporte se encuentran en óptimas condiciones, y así ser usados con mayor confiabilidad.

- Finn B. Sidney: ODONTOLOGIA PEDIATRICA, 4a. edición, editorial Interamericana; México 1976, pág. 302-326, 430-452, 460-480.
- Glickman I : PERIODONTOLOGIA CLINICA, 4a. edición, editorial Interamericana, México 1974 pág. 430-465.
- ODONTOLOGIA PREVENTIVA (Para Cirujanos Dentistas en Servicio Social) elaborado por la Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva del I M S S, Clínica No. 31, México 1983.
- Forrest O John: ODONTOLOGIA PREVENTIVA, 2a. edición, editorial Interamericana, México 1983, pág. 30-42, 50-63.
- Katz Mc Donald: ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION, 3a. edición, -- Editorial Panamericana; México 1983, pág. 5-9, 13-24, 30-35.

CAPITULO III

CONSIDERACIONES EN OPERATORIA DENTAL PREVIAS
A UN TRATAMIENTO PROTESICO.

CAPITULO III

CONSIDERACIONES EN OPERATORIA DENTAL PRE-
VIAS A UN TRATAMIENTO PROTESICO.

INTRODUCCION.

La Caries se puede definir como "una enfermedad de los tejidos calcificados de los dientes, caracterizada por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de la substancia orgánica del diente".

La Caries dental está ampliamente diseminada, afecta a un 98% de la población en un momento u otro y se caracteriza por los muchos factores que contribuyen a su formación; se observa en todas las edades, ambos sexos y todas las clases económicas.

Por lo que el objetivo principal de la Odontología Operatoria es la conservación de la dentición natural en un estado de salud funcionamiento y estética óptimos.

Un adecuado diagnóstico para el tratamiento restaurador, se obtiene mediante la utilización de auxiliares de diagnóstico como son la exploración radiográfica y análisis oclusal.

La exploración radiográfica intraoral completa es indispensable, ya que los hallazgos radiográficos se deben correlacionar con la información obtenida del examen clínico y del análisis oclusal; el objetivo del análisis oclusal es descubrir que dientes o partes de éstos, si existen, desvian el cierre mandibular, originando fuerzas desfavorables sobre los dientes, traumas debidos a contactos prematuros, interferencias debido a restauraciones inadecuadas, etc.

La Odontología Restauradora se divide en métodos de tratamiento mecánicos y preventivos.

Dentro de la terapéutica preventiva, la utilización del fluor en la comunidad, la atención dental sistemática y la mayor motivación del paciente para salvar sus dientes han provocado un cambio en el tamaño, localización y frecuencia de las lesiones cariosas.

El tratamiento por medios mecánicos es el que constituye la mayor parte de la práctica y consiste en la eliminación de la lesión cariosa y la colocación de la restauración indicada para cada diente en forma individual, con lo cual se evita el avance de la caries y se repara el tejido destruido, reintegrando al diente su normalidad biológica, transformando por medios mecánicos y conservadores, la cavidad patológica en una cavidad terapéutica, capaz de retener el material restaurador.

Se le llama cavidad patológica a la lesión o afección del diente antes de la operación.

El diseño de la preparación incluye márgenes localizados en zonas inmunes a la caries, que mantendrán los límites de la cavidad-limpia, el soporte se logra dando forma de caja a la preparación que se efectúa en el o los dientes.

Las cavidades suelen ser llamadas según la superficie anatómica en que se localiza la lesión; éstas pueden ser simples, que son aquellas que afectan a una sola superficie, suelen ser menos extensas, con menor problema carioso requiriendo obturación menos complicada; compuestas, son aquellas que abarcan dos caras sin mayor destrucción, o bien complejas aquellas que afectan a tres superficies o más, los límites de la restauración requieren ser extensos, presentan mayor problema carioso y se requiere una restauración mayor.

El padre de la Odontología Operatoria Moderna es G.V. Black sus primeros escritos se relacionaron principalmente con la caries, erosión y patología bucal, estableció principios de preparación de cavidades, clasificó la caries y la preparación de cavidades, fijó-

la nomenclatura e identificó los atributos de los diversos materia--restauradores.

La clasificación de las cavidades son:

Clase I - Cavidades que se presentan en las fosetas y fisuras y defectos de las superficies oclusales de molares y premolares, superficies linguales de los incisivos superiores y los surcos vestibulares y linguales encontrados en las superficies oclusales de los molares.

Clase II - Cavidades en las superficies proximales de molares y premolares.

Clase III - Cavidades en las superficies proximales de los incisivos y caninos que no requieren la eliminación y restauración del ángulo incisal.

Clase IV - Cavidades en las superficies proximales de los incisivos y caninos que requieren la eliminación y restauración del ángulo incisal.

Clase V - Cavidades en el tercio gingival del diente (no en foseta) y abajo de la porción más voluminosa o ecuador del diente, en las superficies labial, vestibular o lingual de las piezas.

Clase VI - Cavidades en los bordes incisales y superficies lisas de los dientes encima de porción más voluminosa.

Los principios de la preparación de cavidades que estableció Black son:

1) Diseño de la cavidad.- Es la forma y contorno de la restauración que se hará sobre la superficie del diente.

2).- Forma de resistencia.- Está dada por el grosor y la forma dada a la restauración para evitar la fractura de cualquiera de las estructuras.

3) Forma de retención.- Propiedades dadas a la estructura dental para evitar la eliminación de la restauración.

4) Forma de conveniencia.- Métodos empleados para preparar la cavidad, para lograr el acceso, para insertar y retirar el material de restauración.

5) Eliminación de caries.- Procedimiento que implica eliminar el esmalte cariado y descalcificado; si es necesario, deberá ser seguido por la colocación de bases intermedias.

6) Terminado de la pared de esmalte.- Procedimiento de aislamiento, angulación y biselado de las paredes de la preparación.

7) Limpieza de la cavidad.- La limpieza de la preparación después de la instrumentación, incluye la eliminación de partículas dentales y cualquier otro sedimento restante dentro de la preparación, así como la aplicación de barnices y medicamentos para mejorar las propiedades restauradoras o para proteger a la pulpa.

La preparación de las cavidades incluye no solamente las paredes de la preparación, sino también las áreas en que éstas se unen; la forma de caja se emplea en todas las clases que requieran preparaciones intracoronarias.

La pared de la cavidad preparada que cubre la pulpa y que sirve como el piso de la preparación se encuentra en un plano en ángulo recto, con respecto al eje mayor del diente y se denomina pared pulpar; la pared de la cavidad dirigida hacia las superficies axiales del diente, se llama pared axial.

La pared preparada de la forma de caja puede ser dividida en partes que describan zonas diferentes; a las uniones de la pared que regulan la profundidad del corte les han sido otorgados nombres específicos:

- Margen Cavosuperficial: Es la zona formada por la pared de la cavidad y una superficie dental externa.

Esta unión puede ser localizada en el esmalte o en el cemento; rodea toda la zona limítrofe de la preparación de la cavidad.

- Pared del esmalte: Es la porción de la pared de la cavidad preparada compuesta por esmalte. Se localiza entre el margen cavosuperficial y unión del esmalte y la dentina. Su preparación lleva una dirección relacionada con las estructuras histológicas y en forma paralela a los prismas del esmalte.

- Unión amelodentinaria: Es la línea formada por la unión del esmalte y la dentina, se emplea para juzgar la profundidad de la cavidad interna.

- Pared dentinaria: Puede ser una extensión de la pared de la dentina y se encuentra en el mismo plano. La porción dentinaria de la pared es elástica y contiene la forma de retención que se coloca en el diente para obtener soporte adicional.

Todas las paredes y ángulos de la caja se denominan en cada tipo de preparación debido a que su localización requiere ser descrita.

Black menciona ciertas reglas para designar los ángulos:

1.- Todos los ángulos línea se forma por la unión de dos paredes a lo largo de una línea, y se denominan combinando los nombres de las paredes que se unen para formar el ángulo. Por lo tanto los ángulos línea reciben el nombre de dos superficies anatómicas (ángulos diedros).

2.- Todos los ángulos punta son formados por la unión de tres paredes que hacen una esquina, como se nombran según las paredes de las superficies anatómicas afectadas, su nombre está formado por tres términos (ángulos triedros).

3.- Todos los ángulos de la preparación para cavidades se nombran según las paredes específicas que se unen para formar el ángulo.

El diseño de la cavidad se refiere a la forma del área marginal de la preparación; los márgenes deberán localizarse sobre estructuras dentales tensas que sean limpiadas por aparatos para la higiene. Al incluir éstas áreas en el diseño se crea una curva suave sobre la superficie del diente; deberá ser armoniosa y diseñada tanto para la estética como para la prevención de la caries recurrente.

El margen cavosuperficial deberá ser biselado cuando se empleen materiales más resistentes que el mismo diente; si son más débiles éste se refinará hasta un ángulo de 90 grados; las restauraciones de metal colado son las únicas preparaciones que exigen el biselado del margen cavosuperficial.

La preparación se extenderá a través de áreas susceptibles a la caries que hagan contacto con los bordes de la lesión cariosa; las áreas susceptibles incluyen los surcos primarios y secundarios mal unidos sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores, así como las extensiones vestibulares y linguales de éstos surcos y las fosetas sobre las superficies linguales de los incisivos superiores; las superficies proximales de todas las piezas justamente abajo del área de contacto. Debido a la extensión, el diseño de la cavidad o sus límites ocuparán una superficie mayor que la caries esto es por la magnitud de esmalte afectado (generalmente descalcificación), por la extensión lateral de la caries a nivel de la unión de la dentina y del esmalte (grado de socavamiento) y a las áreas incluidas en la extensión por prevención (colocación de los márgenes en zonas inmunes); las dos primeras normas son determinadas por la lesión y la última por la anatomía de la superficie afectada.

Por todo lo mencionado anteriormente la preparación de cavidades constituye el cimiento de la restauración y la minuciosidad de la preparación determina naturalmente el éxito del procedimiento operatorio.

Cada preparación deberá hacerse en forma biológica para -- impedir la caries recurrente en el margen de la restauración; son ne- cesarias ciertas profundidades y angulaciones en las paredes de la - cavidad para apoyar y conservar el material de restauración una vez- que haya sido colocado en el diente.

Una vez obtenida la cavidad deseada se procederá a la obtu- ración, es muy importante conocer cuál es el diseño de cada cavidad, dependiendo del material restaurador que se vaya a utilizar; con lo- cual se podrá evaluar las restauraciones ya presentes o determinar - si requiere de algún tratamiento.

El examen bucal completo y el estudio radiográfico se utili- zan para estudiar la cavidad bucal y las estructuras adyacentes y - así obtener la evaluación de las condiciones que presentan las es- - tructuras dentarias, pudiendo detectar lesiones aún no restauradas,- así como determinar si las obturaciones presentes se encuentran en - buen estado o no ésto se logra como ya se mencionó anteriormente con ayuda de auxiliares de diagnóstico, así como con ayuda de la inspec- ción, palpación y percusión, realizado con instrumental miscelaneo;- por medio de la percusión se obtienen datos muy importantes como son la vitalidad pulpar de los dientes etc.

La selección del tipo de restauración deberá basarse en la necesidad de restauración del diente individual y en su relación con la oclusión y con la salud oral total del paciente.

De los muchos materiales restaurativos disponibles, la amal- gama dental es la que con mayor frecuencia se utiliza; debido a la - capacidad especial que tiene éste material para reducir la filtra- ción inherente a todos los materiales restaurativos, además de que - puede someterse a amplias variaciones en su manipulación y seguir -- proporcionando una restauración aceptable.

AMALGAMAS.

Las características generales que requiere una preparación de cavidad para amalgama, está diseñada para realzar las propiedades físicas de la amalgama de plata. La preparación proporciona el diseño biológico y de fácil limpieza, y contiene una forma de ensamble - para producir espesor axial y pulpar en la restauración.

Se coloca la masa en la preparación, para emplazar un espesor en dimensión cervicooclusal, no se hacen ensanchamientos o biselados en las paredes de la cavidad porque producen bordes de pluma, -- susceptibles a fracturas; el espesor evita las fracturas generales - de la restauración de ésta manera favorece la resistencia.

Las paredes de la cavidad deben ser convergentes hacia oclusal; la relación de ángulo recto que se forma de las paredes internas con el piso produce retención y forma de resistencia para la - restauración.

Podemos observar que la mayor cantidad de alteraciones o defectos que presentan las restauraciones se manifiestan como caries - recurrente, fracturas, cambio dimensional o excesiva pigmentación y corrosión.

Cada paso preparatorio desde el momento en que se talla la cavidad hasta que se pule la restauración produce un efecto definido en las propiedades físicas y químicas de la amalgama y en el éxito o fracaso de la restauración.

El factor que carga con la responsabilidad de la recidiva - de caries y las fracturas es el diseño inadecuado del tallado de la cavidad.

Se pueden dividir los factores que rigen la calidad de una restauración de amalgama en dos grupos:

Los regulados por el Odontólogo que son:

- 1.- Relaciones mercurio-aleación;
- 2.- Técnica y tiempo de trituración;
- 3.- Técnica de condensación;
- 4.- Integridad marginal y características anatómicas;
- 5.- Terminación final.

El fabricante controla:

- 1.- La composición de la aleación;
- 2.- La velocidad con que el mercurio reacciona con la aleación;
- 3.- El tamaño y la forma de las partículas y
- 4.- La forma en que se provee la aleación.

Una amalgama dental se expande levemente durante el endurecimiento; la expansión excesiva puede producir la protrusión de la restauración de la cavidad tallada y se puede afirmar que la contracción indebida aumenta la filtración alrededor de la restauración.

El propósito de la trituración es proporcionar a cada partícula de aleación una capa completa de mercurio y al lograrlo producir una masa homogénea que pueda condensarse en la preparación de la cavidad; la trituración insuficiente provoca una amalgamación incompleta con gran pérdida de fuerza de la restauración.

El propósito de la condensación es adaptar la amalgama a las paredes de la cavidad, eliminar desechos en la masa y empaquetar las partículas de aleación lo más juntas posible.

Una vez condensada la amalgama en la cavidad, se talla la restauración para reproducir la correspondiente anatomía dentaria; el tallado no debe ser demasiado profundo, especialmente en las zonas marginales, ya que disminuye el volumen y podrían fracturarse

por acción de las fuerzas masticatorias; el bruñido correcto mejora la adaptación marginal de la amalgama; acrecienta la resistencia de la corrosión.

Algunas de las causas por las que puede fracasar la restauración son:

Causas de fractura Marginal.- Debido al alto contenido de mercurio en la amalgama; calentamiento del margen durante el bruñido y el pulido; composición de la aleación y tamaño de las partículas; diseño cavitario incorrecto, como por ejemplo margenes biselados, -- tallado incorrecto, la amalgama se extiende sobre los margenes y se fractura con facilidad.

Causas de fractura Total.- Por el incorrecto diseño cavitario tal como un istmo poco profundo y ancho; la falta de pulido -- aumenta la posibilidad de fractura; contacto prematuro del diente -- antagonista sobre la amalgama no endurecida.

Causas de Pigmentación y Corrosión.- Esto es debido a efectos de la dieta (azufre de los alimentos provoca ennegrecimiento); -- exceso de gamma dos, debido a un alto contenido de estaño en la -- aleación.

Causas de Porosidad.- Provocado por mala condensación como resultado de una baja presión, o una masa muy líquida; excesivo contenido de mercurio; poca plasticidad, debido a una insuficiente trituración o a un excesivo intervalo de tiempo entre la trituración y la condensación.

Al realizar cualquier tipo de preparación de cavidad siempre deberá considerarse al uso de dique de caucho como agente esencial para controlar el campo operatorio. Su propósito principal es -- mantener la sequedad mientras se está colocando la restauración.

RESINAS.

La cualidad estética de la restauración con resina es su mayor atributo; duran más tiempo que las restauraciones de cemento de silicato, producen una superficie más lisa y mejor márgenes.

Principalmente las resinas son utilizadas como material de restauración estético en dientes anteriores permanentes; fluorosis circunscrita; áreas hipoplásicas de dientes temporales y permanentes anteriores; dientes fracturados; con pivotes para hacer muñones en dientes muy destruidos; en prótesis; coronas; lesiones de Clase III grandes y pequeñas; restauraciones proximales defectuosas; lesiones gingivales; lesiones de Clase IV con pins; etc.

Las preparaciones de cavidad se diseñan para complementar las propiedades físicas de la resina; es necesario el acceso adecuado a la preparación para insertar la restauración y terminar los márgenes.

La forma del delineado debe ser de extensión limitada, pero deberá colocarse en áreas inmunes del diente. En el diseño de la forma de delineado se prefieren los delineados redondeados para eliminar la formación de bordes delgados del material.

Para obtener mayor resistencia las paredes de la cavidad deben ser de espesor y extensión uniforme; el margen cavosuperficial debe formar un ángulo agudo preciso sobre el esmalte.

La cavidad debe ser lavada con agua y secarse con aire caliente, ésta debe estar totalmente seca para permitir la polimerización de la resina.

Si la cavidad es profunda deberá recibir una base protectora para evitar el posible efecto tóxico de la resina sobre la pulpa; el mejor material como base es el hidróxido de calcio.

Las alteraciones que se pueden encontrar o provocar en las restauraciones con resina son:

Alteración del color.- Se asocian generalmente con la pigmentación superficial más que con un cambio de color general de la matriz; ésta alteración es producida generalmente por el relleno con tenido que sobresale de la superficie de la restauración; las resinas compuestas en pasta son en general de naturaleza más porosa que las resinas acrílicas.

Pigmentación interfacial.- La alteración del color en los márgenes de la restauración indica generalmente la presencia de una microfiltración. La penetración de líquidos puede en general ser reducida por el grabado ácido de las paredes del esmalte de la preparación cavitaria.

Integridad Marginal.- Los defectos localizados o las cavidades en los márgenes de las restauraciones generalmente se deben a -- burbujas producidas durante la mezcla. La porosidad tiene más posibilidades de aparecer en los sistemas pasta-pasta que en los polvo-líquido.

Sensibilidad posoperatoria.- Las resinas compuestas pueden provocar hiperemia pulpar, particularmente cuando están en contacto con grandes áreas de superficie dentinaria.

Irregularidad superficial.- Como la matriz de resina se desgasta más rápido que el relleno silisico, éste último eventualmente sobresale de la superficie de la restauración. Esta textura áspera o granular puede ser eliminada temporalmente, por lo menos, recubriendo la superficie con glaseador.

INCRUSTACIONES.

Otras de las restauraciones que se utilizan en operatoria dental son las incrustaciones, las cuales están indicadas para: Res-

tauraciones de grandes lesiones cariosas o afecciones traumáticas - que afectan gran cantidad de estructura dental; corrección de problemas parodontales, ya que el moldeado restaura fisiológicamente el área de contacto formando intersticios ideales, bordes marginales y área real de contacto; restauración ó creación oclusal ideal; mejora estética ya que da la forma de delineado de la cavidad con margenes exactos y rectos que se unirán con la pieza al dárseles un contorno adecuado; restauración permanente, ocasionalmente los pacientes con baja susceptibilidad a la caries desarrollan defectos de foseta y fisura, la fuerza marginal superior proporcionará muchos años de servicio al paciente que tiene buena salud dental; restauración de áreas de tensión, se usan en áreas de tensión excesivas o en dientes de apoyo protético.

La única finalidad del procedimiento de colado es proporcionar una reproducción metálica de la estructura dentaria perdida, con la mayor precisión posible.

Las incrustaciones usadas normalmente son las de Clase I, II o V; las de Clase V se aconsejan rara vez, excepto cuando la cavidad es demasiado grande para materiales de hoja de oro o de incrustación de cerámica. En general las incrustaciones convencionales pueden estar contraindicadas, en cavidades grandes donde una gran cantidad de la substancia coronaria total del diente está ausente o debilitada, o en pacientes de edad avanzada donde la substancia dental restante puede ser muy quebradiza.

Las características de preparaciones para incrustaciones debe ser: la preparación es más extendida y tiene una forma de delineado más ancha que la preparación para amalgama; la forma de retención se desarrolla con colas de milano, aplanado de las paredes y orificios; a veces se usan surcos así como recubrimiento cúspideo y reducción superficial para retener los moldeados de gran tamaño.

Se debe biselar el margen de la cavosuperficie de la preparación en el lugar donde el diente se acerca al ángulo recto; el margen en forma de bisel reduce la cantidad de recubridor de cemento -- que estará expuesta a los líquidos bucales.

La adaptación marginal se evalúa usando un explorador y radiografías, observando las aberturas marginales en diversas zonas, -- ésto es microscópicamente; en un estudio la abertura promedio en la cara oclusal fue de 21 micrones y de 74 micrones en la zona gingival, innaccesible a la vista.

En los márgenes de la restauración cementada siempre hay -- una línea de cemento, aunque sea difícil verla; los cementos dentales son solubles y se deterioran en la cavidad bucal; así cuanto menor es la fidelidad del colado y mayor la cantidad de cemento expuesto, tanto mayor es la probabilidad de que la restauración falle. -- Cuando más exacta es la adaptación de la incrustación en la cavidad tallada, menor es la probabilidad de filtraciones y recidiva de caries.

B I B L I O G R A F I A CAPITULO III

- Phillips Ralph W: CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES, 7a. edición, Editorial Interamericana; México 1976 pág. 10-45, 60-83, 100-120.
- Baum Lloyd: REHABILITACION BUCAL, 1a. edición, Editorial Interamericana, México 1977, pág. 35-40, 60-88.
- O'Brien William J: MATERIALES DENTALES Y SU SELECCION, 1a. edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina - - 1980 pág. 9-28, 50-66.
- Gilmore H. William: ODONTOLOGIA OPERATORIA, 2a. edición, Editorial * Interamericana, México 1976 pág. 100-140, 153-184.
- Morris L. Alvin, Bohannon M. Harry: LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRACTICA GENERAL, 3a. edición, Editorial Labor, S.A., - España 1978 Pág. 60-83.
- A Kerr Donald, Ash Major M, Millard H. Dean: DIAGNOSTICO BUCAL, - 1a. edición, Editorial Mundi, S.A.I.C. y F. Buenos Aires Argentina 1976 pág. 100-130, 145-162.

CAPITULO IV

CONSIDERACIONES ENDODONTICAS PREVIAS A UN
TRATAMIENTO PROTESICO.

INTRODUCCION.

La Endodoncia es la parte de la Odontología que se ocupa de la etiología, prevención y tratamiento de las enfermedades de la pulpa dental así como de sus complicaciones. Etimológicamente la palabra endodoncia viene del griego endon-dentro, odontos-diente y la terminación ia que significa cualidad, acción, condición.

El tratamiento endodóntico puede ser definido como el procedimiento o precaución tomada para mantener en función dentro del arco dentario a los dientes vitales, los moribundos y los no vitales.

Ninguna rama odontológica ha experimentado un progreso tan sorprendentemente rápido como la Endodoncia, las técnicas endodónticas más precisas, las técnicas bacteriológicas, entre otras cosas -- han hecho que la Endodoncia sea reconocida como método terapéutico -- indispensable en el ejercicio de la profesión odontológica en su relación con las demás especialidades en especial con la prótesis.

La Odontología restauradora y la Endodoncia han llegado a un punto de relación muy amplio. El odontólogo por lo regular necesita usar el tratamiento endodóntico para conservar dientes con lesiones pulpares o periapicales. Después de la terapéutica endodóntica -- han de ponerse en práctica métodos restauradores muy específicos -- para preservar y proteger al diente tratado, para así poder tomarlo en cuenta en caso de que el paciente presente necesidades protésicas.

ACTITUDES HACIA EL TRATAMIENTO ENDODONTICO-PROTESICO.

El punto de vista del paciente y del odontólogo han variado en los últimos tiempos debido a que la Endodoncia y la prótesis se han complementado de manera más frecuente en el objetivo de preservar las más unidades dentales posibles. Algunos de éstos puntos de vista son los siguientes:

1).- El ideal aceptado en la actualidad es el de tener la totalidad de los dientes naturales con soporte sano y aspecto estético.

2).- Existe la posibilidad concreta que un desdentado parcial tarde o temprano se convierta en un desdentado total.

3).- Cada diente que se pierde, por no habersele tratado endodónticamente en su oportunidad añade una carga masticatoria sobre los remanentes que cada vez acentúa las posibilidades de que se afecte otro diente.

4).- Por los dos puntos anteriores todo odontólogo que brinde atención completa debe incluir el tratamiento endodóntico y protésico en su práctica con los pacientes que así lo necesiten.

5).- Dependiendo del diagnóstico inicial el tratamiento endodóntico constituye una opción dentro del tratamiento integral de un paciente para que los órganos dentarios puedan ser salvados de una posible extracción, así mismo, los mencionados dientes pueden ser adaptados para satisfacer las necesidades protésicas indicadas en el paciente.

DIAGNOSTICO CLINICO EN ENDODONCIA.

Los exámenes que deberán ser incluidos para lograr un diagnóstico de necesidades endodónticas actuales y para la evaluación de los procedimientos realizados con anterioridad son los siguientes:

- 1).- Examen radiográfico.
- 2).- Determinación de las reacciones a los cambios térmicos.
- 3).- Percusión y palpación.
- 4).- Pruebas pulpares eléctricas (pruebas de vitalidad).

5).- Pruebas con luz artificial (transluminación).

1).- ESTUDIO RADIOGRAFICO.

La interpretación correcta de las radiografías del paciente depende substancialmente del conocimiento que posea el dentista de lo normal y de la habilidad para apartar las referencias anatómicas que podrían ser tomadas por lesiones periapicales y por lo tanto la radiografía debe incluir no solo los límites de la pieza dental a tratar sino también todas las estructuras normales que están más allá del área inmediatamente afectada. El estudio radiográfico nos dará a conocer:

- La posición del diente y su relación con el alveolo en donde se encuentra contenido, obteniendo con esto, un diagnóstico de las alteraciones de los tejidos duros de los dientes y estructuras periradiculares.

- Establecer la conformación anatómica de las raíces, su forma, número, tamaño y dirección para poder establecer alguna posible anomalía como por ejemplo una dilaceración.

- Conocer la anatomía de la cámara pulpar así como estimar y determinar la longitud de los conductos radiculares antes de la instrumentación.

- Ayudar a localizar una pulpa muy calcificada o muy retraída así como localizar conductos calcificados o difíciles de encontrar e inclusive conductos radiculares insospechados.

- Reabsorciones dentales internas ya sea a nivel cameral o a nivel de conductos radiculares.

- Se podrá observar la relación dental con estructuras de importancia como: ligamento parodontal, hueso alveolar, dientes adyacentes, senos maxilares, etc.

Aparte de las consideraciones anteriores, el estudio radiográfico puede aportar información de pacientes tratados endodónticamente con anterioridad, en ellos se puede observar:

- La correcta obturación realizada en el diente.

-El diámetro de la obturación y el desgaste que se realizó en el diente, el espesor restante y sus posibilidades en cuanto a la implementación de un tratamiento protésico.

- La situación actual de las restauraciones protésicas en donde se haya realizado un tratamiento de endodoncia con anterioridad.

- A nivel general de confirmación y evaluación del éxito o fracaso del tratamiento.

2).- REACCION A LOS CAMBIOS TERMICOS.

Cuando los pacientes informan que un diente está sensible al calor o al frío, su queja debe ser confirmada mediante el aislamiento del diente sospechoso y proceder a la aplicación en él, de las pruebas térmicas necesarias.

La sensibilidad al frío puede ser leve o intensa a diferencia de la sensibilidad al calor, la pulpa en este caso puede recuperarse, pero en un diente con sensibilidad al calor que se alivia con el frío, la reversión del proceso es imposible.

Método.- Para provocar calor se puede utilizar una punta de gutapercha caliente aplicada al diente después de ponerla cerca de una fuente de calor; para provocar frío se puede utilizar una barra de hielo hecha en forma de lápiz.

3).- PERCUSION Y PALPACION.

La percusión y la palpación son el paso siguiente del examen visual, si un diente duele intensamente cuando se le mueve, hay que tocarlo muy suavemente. La percusión verdadera de dientes asintomáticos se realiza mediante el uso del mango del espejo bucal, el cual por caso contrario no deberá ser usado si el paciente tiene un absceso apical agudo o una periodontitis apical aguda.

La palpación se realiza simultáneamente con la percusión y deben abarcarse todas las estructuras dentarias así como las estructuras circundantes como encía, fondo de saco, etc.

Los sonidos poco comunes son benéficos en los procedimientos de diagnóstico. El golpeteo de las piezas dentarias con el mango de un espejo produce un ruido bastante agudo en dientes normales, y un sonido bastante sordo en ciertas enfermedades dentales.

La percusión de la corona de una pieza dentaria es una prueba sencilla (percusión vertical) para determinar la existencia de algún absceso periapical si el paciente tiene inflamación aguda a nivel de la raíz, la percusión vertical someterá a presión la región inflamada y producirá dolor. Así mismo se debe realizar la percusión horizontal ya que con ésta obtendremos indicios de alguna alteración a nivel periodontal que pueda relacionarse con la posible alteración pulpar que presente en ese momento el paciente.

Todos los hallazgos del examen por percusión y palpación -- han de ser anotados en la ficha del paciente en este momento ciertos indicios sobre la naturaleza de la lesión y sobre cual es el diente-afectado deben comenzar a materializarse.

4).- PRUEBAS PULPARES ELECTRICAS (pruebas de vitalidad).

El pulpómetro eléctrico o vitalómetro utilizado con otros -- auxiliares es un dispositivo útil para determinar la vitalidad pulpar de las piezas que estén bajo sospecha de alteración pulpar. Los dientes examinados deben ser aislados y secados con aire a presión -- antes de colocar el electrodo sobre la superficie dentaria. Es buena práctica comparar el resultado obtenido en el diente examinado con -- los dientes adyacentes y también con los simétricos del lado opues-- to.

Se puede esperar una respuesta negativa cuando los dientes- examinados estén afectados por un granuloma, absceso o quiste alveolar o cuando la pulpa se ha retirado de la corona dentaria. Es proba-- ble que la respuesta se preste a errores de diagnóstico, cuando se -- ha producido licuefacción de la pulpa o cuando hay restauraciones me-- tállicas muy grandes y profundas.

5).- PRUEBAS CON LUZ ARTIFICIAL (transluminación).

La prueba requiere de colocar una luz brillante por palatino o lingual de un diente observándolo en una habitación oscura. En los dientes con pulpas necróticas la sombra del conducto pulpar aparecerá más oscura que el resto del diente, debido a la destrucción de eritrocitos. En dientes con pulpas vivas, no se observará diferencia alguna.

Consideraciones generales para el éxito del tratamiento endodóntico:

- 1).- Seleccionar los casos con gran cuidado.
- 2).- Organizar y cuidar el desarrollo y evolución del tratamiento.
- 3).- Determinar la longitud exacta de los dientes a tratar.
- 4).- Utilizar instrumentos estandarizados e indicados de acuerdo a la morfología, sobre todo a la radicular.
- 5).- Realizar cirugía periapical solo cuando sea extremadamente necesaria.
- 6).- Verificar la densidad de la obturación apical.
- 7).- Restaurar adecuadamente al diente despulpado para evitar su fractura coronal o radicular.
- 8).- Trabajar siempre con el máximo de limpieza posible para evitar cualquier tipo de contaminación que eche a perder el tratamiento.

TRATAMIENTOS MAS COMUNMENTE UTILIZADOS EN DIENTES QUE SERAN TOMADOS EN CUENTA DENTRO DE UN TRATAMIENTO PROTESICO Y QUE TENGAN EXPOSICION PULPAR O EN GENERAL NECESIDADES DE TRATAMIENTO ENDODONTICO.

RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO.

En la práctica diaria generalmente se protege a la pulpa clínicamente sana a través de una capa remanente de dentina que aún la cubre. La protección pulpar indirecta está indicada en la caries dentinaria no penetrante y en todos aquellos casos en que el aislamiento de la pulpa con el medio bucal se encuentre disminuido por la pérdida de tejido duro del diente, se puede efectuar en dientes per-

manentes y temporales.

El recubrimiento pulpar indirecto está contraindicado en -- presencia de un absceso agudo o crónico, fístula, necrosis pulpar, - pulpitis y resorción interna del diente. Se realiza aplicando hidróxido de calcio en el fondo de la cavidad en tratamiento.

RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO.

La protección pulpar directa tiene por finalidad mantener - la función de la pulpa, accidental o intencionalmente expuesta y lograr su cicatrización por medio del cierre de la brecha con tejido - calcificado (dentina secundaria). El procedimiento a seguir es sencillo, se aplica anestesia local, se aísla el diente con dique de goma se aplica hidróxido de calcio sobre el tejido pulpar expuesto y se - protege esta curación con una base provisional esperando de 4 a 9 semanas para poder evaluar radiográficamente si el tratamiento dió el - resultado esperado o no. Si el resultado es positivo se procede a -- restaurar con materiales de obturación permanentes el diente trata--do.

Se debe aclarar que el recubrimiento debe realizarse solo - en caso de exposiciones pequeñas y recientes.

PULPOTOMIA.

La finalidad que persigue la técnica de la pulpotomía es la eliminación del tejido pulpar cameral inflamado e infectado permiti- - tiendo que el tejido vital de los conductos radiculares permanezca - en su sitio natural.

Está indicado el tratamiento en dientes primarios, dientes - permanentes jóvenes, exposición pulpar traumática, exposición pulpar cariosa, presencia de algunos estados patológicos pulpares, cuando - no ha terminado el cierre del foramen apical.

Y está contraindicada en dientes permanentes adultos, dolor espontáneo, radiolucencia patológica en la bifurcación, hemorragia - pulpar excesiva, o su ausencia, engrosamiento del ligamento parodontal y en la presencia de estados patológicos pulpares intensos.

PULPECTOMIA.

Es la intervención endodóntica que tiene por objeto eliminar o amputar la pulpa de la cámara pulpar y del conducto radicular. Cuando la pulpa está sana o inflamada y se extirpa bajo anestesia se realiza una biopulpectomía total, si por el contrario se devitaliza previamente la pulpa y luego se elimina el tejido necrótico, efectuamos una necropulpectomía total.

En ambos casos la pieza intervenida es un diente sin vitalidad pulpar o despulpado cuyo cemento vivo se mantiene en íntima conexión con el parodonto de cuyo estado de salud depende la resistencia del diente en su alveolo. La parte apical de dicho parodonto interviene actualmente en la reparación posterior al tratamiento depositando nuevo cemento aún en el interior del ápice radicular.

La pulpectomía está indicada en enfermedades irreversibles de la pulpa cuando el diagnóstico clínico-radiográfico no permita descubrir si la inflamación e infección están localizadas en una parte de la pulpa que pueda extirparse quirúrgicamente (pulpotomía); en donde haya reabsorción dental interna para evitar que el progreso de ésta pueda comunicar la pulpa lateralmente con el parodonto perforando la raíz, otra indicación es cuando un diente cuya raíz haya completado su calcificación haya sufrido un traumatismo y su corona esté fracturada por lo que solo pueda reconstruirse con un anclaje en el conducto radicular.

Por otro lado puede realizarse una pulpectomía con carácter profiláctico en la preparación de un diente pilar para una prótesis.

APICECTOMIA.

Se entiende por apicectomía la resección quirúrgica por vía transmaxilar de un foco periapical y del ápice dentario.

La apicectomía se encuentra indicada en dientes que estén dentro de las siguientes circunstancias:

- 1).- Cuando ha fracasado el tratamiento radicular.
- 2).- En dientes con dilaceraciones que hagan inaccesible el ápice radicular.
- 3).- En dientes que presenten varios conductos.
- 4).- En dientes en donde se haya alojado o fracturado un instrumento de Endodoncia.
- 5).- En dientes particulares que fueron tratados con pivotes, Jack Crowns u otras obturaciones que imposibilitan la remoción de ellas para efectuar un nuevo tratamiento radicular.

La resección quirúrgica del ápice puede realizarse en todos los dientes pero en la mayoría de los casos se efectúa la apicectomía en dientes anteriores por el grado de dificultad menor ya que en los molares, dada la ubicación de los mismos y de las raíces, resulta más difícil poder realizar con la misma facilidad dichos tratamientos.

Por otra parte la apicectomía se encuentra contraindicada en los siguientes casos:

- 1).- Procesos agudos.
- 2).- Dientes portadores de procesos apicales que han destruido el hueso hasta las proximidades de la mitad de su raíz.
- 3).- Parodontosis avanzadas con destrucción o sea hasta su tercio radicular.
- 4).- Destrucción masiva de la porción radicular.
- 5).- Proximidad peligrosa con el seno maxilar.

TECNICA DE APICECTOMIA

- 1).- Radiografía preoperatoria
- 2).- Anestesia
- 3).- Incisión
- 4).- Desprendimiento del colgajo
- 5).- Osteotomía y Ostectomía
- 6).- Preparación del conducto
- 7).- Amputación del ápice radicular
- 8).- Raspado del proceso periapical (Marsupialización)
- 9).- Obturación del conducto
- 10).- Obturación retrógrada del conducto (apical)
- 11).- Sutura
- 12).- Radiografía de control

APECIFICACION:

CONCEPTO, INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

La apecificación u biopulpectomía parcial puede definirse - como la intervención endodóntica que tiene por objeto eliminar parte de la pulpa dental coronaria y la protección de la pulpa radicular, - (viva o necrótica) con un material que permita o contribuya a la cicatrización de la herida pulpar con tejido calcificado y al cierre - normal de ápices incompletamente calcificados antes de la intervención.

INDICACIONES:

- 1).- Dientes jóvenes.
- 2).- Pulpa radicular, presuntivamente sana.
- 3).- Pulpitis Incipiente
- 4).- Traumatismos con exposición pulpar.

CONTRAINDICACIONES:

- 1).- Pulpitis residual
- 2).- Gangrena de la pulpa radicular con inflamación radicular.
- 3).- Dientes adultos.
- 4).- Pulpas atróficas.

TECNICA.

La técnica se realiza en una cita y siempre y cuando sea posible en el momento de la exposición.

ALTERACIONES PULPARES MAS FRECUENTES.

La pulpa dental es un tejido conectivo delicado intercalado con minúsculos vasos sanguíneos, linfáticos, nervios mielinizados y conectivos del organismo reacciona a la infección bacteriana o a - - otros estímulos mediante la inflamación o la hiperemia.

HIPEREMIA PULPAR.

Es la acumulación excesiva de sangre en la pulpa resultado de una congestión vascular, que puede ser causada por:

- 1).- Caries dentaria profunda.
- 2).- Enfriamiento inadecuado en la preparación de una cavidad.
- 3).- Protección deficiente de la pulpa al colocar restauraciones.
- 4).- Inadecuada cementación de una corona, incrustación o puente protésico.

CLASIFICACION:

- 1).- Hiperemia arterial, activa o reversible.
- 2).- Hiperemia venosa, pasiva o irreversible
- 3).- Hiperemia mixta.

Al dilatarse las arterias (hiperemia arterial) comprime las venas lo que reduce o impide la circulación de retorno (hiperemia venosa) estableciéndose una extasis de sangre arterial y venosa (hiperemia mixta). El síntoma característico es el dolor provocado ya sea por agentes físicos o químicos; frío, calor, ácido o dulce; el dolor cesa al eliminar el irritante o agente agresor.

PULPITIS (CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PULPAR).

La enfermedad pulpar de naturaleza inflamatoria ha sido -- clasificada de diversas maneras la más simple es la división en aguda y crónica.

Por otro lado si el proceso inflamatorio está confinado a -- una porción de la pulpa como el localizado en algún cuerno pulpar se denomina pulpitis parcial o focal; y si la mayor parte de la pulpa -- está enferma, se usa el término pulpitis total o generalizada.

El término de pulpitis abierta ha sido usado para describir la forma en la cual hay una comunicación obvia entre la pulpa y la -- cavidad bucal, en tanto que la que carece de tal comunicación es denominada pulpitis cerrada; además se clasifica en:

PULPITIS INCIPIENTE.

En ella podemos encontrar células inflamatorias crónicas y -- linfocitos, presencia de macrófagos y no hay exudado. Es propia de -- la caries profunda donde hay una invasión bacteriana; es necesario -- para su tratamiento eliminar todo el proceso carioso y recurrir en -- caso necesario a la realización de una pulpotomía. En caso de que no de resultado, se procede a realizar la pulpectomía.

PULPITIS REVERSIBLE FOCAL.

Esta pulpitis es transitoria, leve y se localiza principal- -- mente en los extremos pulpares de los túbulos dentinales irritados. -- Un diente con este problema es sensible a los cambios térmicos en -- particular al frío, estos dientes reaccionan al vitalómetro acciona- -- do a baja corriente ya que se encuentran muy sensibles, también pue- -- den presentar caries profundas, restauraciones protésicas grandes -- con márgenes defectuosos. Por lo tanto es preciso eliminar caries -- o reemplazar las obturaciones defectuosas lo antes posible.

PULPITIS AGUDA TOTAL.

La inflamación aguda generalizada de la pulpa dental es una secuela inmediata frecuente de la pulpitis reversible focal aunque - también puede ocurrir como una exacerbación aguda de un proceso inflamatorio crónico. La pulpitis aguda suele producirse en dientes - con caries o restauraciones grandes, los cambios térmicos y en especial el frío y las bebidas frías generan un dolor relativamente intenso, el dolor es continuo y aumenta cuando el paciente está acostado.

Para la pulpitis aguda que abarca la mayor parte del tejido pulpar, no hay tratamiento que sea capaz de conservar la pulpa.

Una vez que sobreviene este grado de lesión el daño es irremediable ya que avanza rápidamente y en general el tratamiento es la pulpectomía.

PULPITIS CRÓNICA.

La forma crónica puede, a veces, originarse en la pulpitis aguda previa cuya actividad entró en latencia, los signos y síntomas son apreciablemente más leves que en la aguda, el dolor es intermitente y no continuo, en ocasiones es leve y apagado; hay una reducción en la reacción a los cambios térmicos.

Las características generales de la pulpitis crónica no son acentuadas y puede haber una lesión grave de la pulpa en ausencia de síntomas significativos. El tratamiento no difiere mucho del de la pulpitis aguda, la integridad del tejido pulpar tarde o temprano se pierde haciendo necesaria una pulpectomía.

PULPITIS HIPERPLÁSICA CRÓNICA (POLIPO PULPAR).

Es en esencia una proliferación exagerada y exuberante -- del tejido pulpar inflamado crónicamente se da casi exclusivamente - en dientes jóvenes y en niños en cavidades abiertas y amplias que no han recibido tratamiento. La lesión puede sangrar de acuerdo al grado de irrigación.

La pulpitis hiperplásica crónica se presenta como un glóbulo rojo o rosado de tejido que sobresale de la cámara pulpar y suele ocupar la totalidad de la cavidad.

Entre otra de sus características está la que se refiere a su duración dentro del diente, se ha comprobado que puede resistir - como tal por muchos meses o hasta varios años, ésta alteración debe ser tratada por extracción del diente.

NECROSIS GANGRENOSA DE LA PULPA.

La necrosis es la muerte de la pulpa con el cese de todo -- metabolismo y por lo tanto de toda capacidad reaccional, se emplea - el término de necrosis cuando la muerte pulpar es rápida y aséptica, denominándose necrobiosis cuando se produce lentamente como resultado de un proceso degenerativo o atrófico.

Si la necrosis es seguida de invasión de microorganismos se produce gangrena pulpar, en cuyo caso los gérmenes pueden alcanzar - la pulpa a través de la caries o fractura -vía trasdental-; por vía -linfática periodontal o por vía hemática.

Podemos encontrar dos tipos de necrosis:

- 1).- Necrosis por coagulación en donde el tejido pulpar se transforma en una masa blanda de proteínas coaguladas, grasas y agua. Se denomina coagulación caseosa encontrándose muy frecuentemente.
- 2).- Necrosis por licuefacción que se caracteriza por la -- transformación del tejido pulpar en una masa semilíquida o casi líquida, como consecuencia de la acción de - las enzimas proteolíticas.

A su vez la gangrena pulpar puede dividirse en gangrena seca y gangrena húmeda, según se produzca desecación o licuefacción -- siendo en ésta última en donde podemos encontrar un penetrante y desagradable olor debido a la acción en masa de las bacterias sobre el tejido pulpar necrótico y a la descomposición de las proteínas y su-

putrefacción.

CAMBIOS DENTALES DESPUES DEL TRATAMIENTO ENDODONTICO.

El contenido vital del conducto ha sido eliminado y ha quedado el diente sin pulpa. Se ha considerado que la manipulación de la cámara pulpar es lo que conduce a hacer más débil un diente tratado endodónticamente; el techo de la cámara pulpar viva tiene la configuración de un arco que es una forma extremadamente resistente a las presiones y esfuerzos, cuando es eliminado se reduce la resistencia intrínseca del diente tratado lo cual conduce a la necesidad de crear un interior fuerte así como de un soporte exterior.

El ensanchamiento del conducto elimina una porción de la sustancia interna y reduce la dentina radicular. La obturación del conducto aún cuando se usen puntas de plata no puede devolver del todo la fuerza a ésta área.

Los dientes con caries o restauraciones mínimas no requieren normalmente de terapéutica endodóntica solo son aquellos con grandes restauraciones, residivas de caries profundas, pilares de puentes o problemas periodontales los que necesitan una preparación coronaria desusada y se convierten en posibles candidatos para el tratamiento endodóntico. Aún cuando no quede pulpa viva, los tejidos de sostén del diente tratado permanecen vivos y no perturbados por el tratamiento.

Por lo tanto tenemos un miembro excelente de la arcada dentaria listo para ser tomado en cuenta, dado el caso, como útil en la implementación de un tratamiento protésico.

CONSIDERACIONES ENDODONTICO-PROTESICAS.

Durante muchos años fue filosofía en Odontología protética- el extraer cualquier diente con lesión pulpar que se encontrara en - la arcada, la base racional era que de cualquier forma el o los dien - tes afectados se perderían y que por ende era necesaria la confec - ción de una prótesis para reemplazar dichos dientes ya que no se po - día confiar del todo en el éxito del tratamiento endodóntico, porque generalmente fracasaba.

Esto era debido a que la Endodoncia en sus incisos no conta - ba con los adelantos técnicos, materiales e instrumental con los que actualmente cuenta. A través del tiempo se desarrollaron nuevas téc - nicas, se encontraron, en base a investigaciones, materiales adecua - dos e instrumental mejor diseñado, así pues, la endodoncia ganó su - lugar como una rama de la Odontología restauradora y por ende como - una de las ramas a tomarse muy en cuenta por la relación que existe - entre ella, la prótesis y las demás ramas de la Odontología.

La restauración de la función de los dientes despulpados ha sido objeto de creciente interés y atención, las experiencias recien - tes nos dicen que el o los dientes tratados endodónticamente pueden - ser (si las circunstancias lo permiten) restaurados para que actúen - como miembros individuales del mecanismo dentario o para que sirva - como pilar para una prótesis fija o removible, por otro lado, para - que el diente funcione satisfactoriamente se debe planificar cuidada - mente el procedimiento restaurador.

El diente tratado endodónticamente deberá ser reforzado de - tal manera que soporte las fuerzas verticales y laterales para evi - tar el riesgo de fracturas radiculares y coronales.

Por último, el fin del tratamiento endodóntico con respecto a la prótesis es el de contar con una mayor cantidad de piezas denta - rias en la boca que puedan ser tomadas en cuenta para la implementa - ción del tratamiento protésico.

B I B L I O G R A F I A

CAPITULO IV

- Harty F. J. : ENDODONCIA EN LA PRACTICA CLINICA, 1a. edición, --- Editorial Manuel Moderno, México 1979 pág. 1-6, 52-72, 230-255.
- Lasala Angel: ENDODONCIA, 2a. edición, editorial CROMOTIP CA; Venezuela 1971 pág. 15-42, 50-58.
- Chasteen E. Joseph: PRINCIPIOS DE CLINICA ODONTOLOGICA, 1a. edición, Editorial Manuel Moderno; México 1982 pág. 1-30, 32-40.
- Maisto A Oscar: ENDODONCIA, 3a. edición, Editorial Mundi S.A.; - Buenos Aires Argentina 1978 pág. 1-40, 38-53.
- Material de apoyo mimeografiado. TERAPIA PULPAR I, para tercer semestre, elaborado por: C.D. Elizabeth Guinea Medina, C.D. Adalberto Lara Morales, C.D. Roberto Silva M. ENEP ZARAGOZA 1984.
- Material de apoyo. TERAPIA PULPAR II, para cuarto semestre elaborado por : C.D. Laura E. Pérez Flores, editado por la ENEP ZARAGOZA 1982.
- Franklin Wine: TERAPEUTICA ENDODONTICA, 1a. edición, Editorial Interamericana, Buenos Aires, Argentina 1976. pág. 11-35, 40-66, -- 100-103.

C A P I T U L O V

**CONSIDERACIONES EXODONTICAS PREVIAS AL
TRATAMIENTO PROTESICO.**

CAPITULO V

CONSIDERACIONES EXODONTICAS PREVIAS AL TRATAMIENTO PROTESICO.

INTRODUCCION

Se considera la extracción dental ideal como la extirpación total del diente o de la raíz, sin dolor y con el mínimo daño de los tejidos circundantes, para que la herida cicatrice sin complicaciones.

La extracción de los dientes naturales es el comienzo de la cirugía bucal preprotésica; el éxito final de la prótesis depende del grado de destreza empleada en la extracción de los dientes; el manipuleo cuidadoso de los tejidos vitales es esencial, puesto que el traumatismo del hueso y el tejido blando pueden tener por consecuencia, dolor, retardo de la cicatrización, necrosis e infección.

Básicamente existen dos métodos de extracción:

1.- La extracción intraalveolar, es el método que se utiliza en la mayoría de los casos y es llamado "extracción por forceps"-consiste en la remoción del diente o raíz mediante el uso de elevadores, fórceps o ambos; los bocados de estos instrumentos son forzados apicalmente hasta la membrana periodontal, entre diente-raíz y pared alveolar ninguna de las cuales es removida electivamente.

2.- La extracción transalveolar, es la disección del diente o de la raíz de sus inserciones óseas; ésta separación se lleva a cabo mediante la remoción de cierta parte del hueso que recubre las raíces, las cuales se eliminan mediante el uso de elevadores, forceps o ambos.

Los principios Biomecánicos de la extracción son:

- 1.- La expansión del alveolo óseo para permitir la extirpación del diente.
- 2.- El uso de palanca y fulcro para forzar al diente o raíz fuera del alveolo a lo largo del plano de menor resistencia.

- 3.- La inserción de una cuña o cuñas entre la raíz dental y la pared ósea del alveolo.

La decisión de restaurar o sacrificar un determinado diente, un grupo de dientes o incluso la totalidad de la dentadura se hará sobre la base individual con cada paciente.

Indicaciones generales para extraer los dientes:

1.- Dientes con patología púlpal aguda o crónica, con los cuales es imposible conseguir éxito en el tratamiento endodóntico, o no es práctico o conveniente.

2.- Dientes con caries dentales extensas en las que ya no es posible su restauración.

3.- Cuando exista presencia de enfermedad periodontal avanzada que implique resorción ósea demasiado extensa.

4.- Dientes en malposición y extruidos toda vez que su extracción y reemplazo sea la forma más práctica del tratamiento.

5.- Dientes retenidos en zonas de soporte de prótesis.

6.- Dientes que han sido traumatizados más allá de su capacidad de reparación, junto con el proceso alveolar, se les extraerán con cuidado evitando pérdida de hueso.

7.- Los dientes que se hallen en la línea de fractura de los maxilares, para reducir las probabilidades de infección, retardo de la consolidación o falta de unión de los fragmentos.

8.- El tipo y el diseño de la prótesis dental puede implicar el sacrificio de uno o más dientes previo análisis de posibles tratamientos que pudieran corregir anomalías detectadas, y en consecuencia obtener resultados protéticos más convenientes.

9.- Hay que considerar las denominadas extracciones profilácticas; en las que los pacientes presentan fiebre persistente de bajo grado o con determinadas formas de artritis o iritis; después de un examen médico minucioso puede requerirse la extracción de - -

todos los dientes no vitales, así como los de vitalidad dudosa, en el intento por erradicar todos los focos potenciales de infección.

10.- Los dientes de pacientes que se hallen bajo tratamiento radioactivo debido a la presencia de tumores bucales, faríngeos y regiones cervicales superiores, deben ser extraídos antes del comienzo del tratamiento.

Las contraindicaciones pueden ser locales y orgánicas; las locales son:

- 1.- Cuando se presente una infección dental con hinchazón localizada o difusa.
- 2.- En infecciones periocoronarias agudas y abscesos apicales.
- 3.- Tumores malignos, aún localizados en un comienzo, ya que pueden pasar a la circulación general por el alveolo de un diente extraído.
- 4.- Cuando el tratamiento de radiación sobre los maxilares ya fue implementado o se está llevando a cabo.

Las orgánicas son:

- 1.- Toda enfermedad no controlada, tal como la hipertensión, enfermedad de la arteria coronaria, cardiopatías, anemias graves, leucemia, y determinadas discrasias sanguíneas, como la hemofilia, etc.
- 2.- En personas muy ancianas que presenten problemas de nutrición, cicatrización, reservas físicas y cooperación mínima.
- 3.- Enfermedades crónicas como la diabetes, nefritis y hepatitis no controladas.
- 4.- Las neurosis y las psicosis son contraindicaciones relativas que tienden a hacer el tratamiento dental bastante difícil.

La buena evaluación preoperatoria de las dificultades que pueden hallarse o las complicaciones que pueden ocurrir son la base del éxito de una adecuada técnica de extracción.

En la valoración preoperatoria del paciente, se debe examinar en particular los dientes, el hueso y tejidos blandos de soporte. Los dientes desvitalizados con caries profundas y con restauraciones extensas son frágiles y se fracturan con facilidad. Los dientes con erosión cervical son muy propensos a la fractura durante la extracción.

Se debe tomar en cuenta el tamaño, contorno y curvatura de las raíces, así como también las estructuras cercanas tales como los senos maxilares, conducto mandibular, reborde milohioideo, dientes adyacentes, etc.

Los dientes desvitalizados suelen hallarse anclados con firmeza en el hueso esclerótico; los caninos superiores e inferiores primeros molares superiores y terceros molares inferiores, están incluidos en hueso denso, provocando así problemas al realizar la extracción.

Hay que tomar en cuenta las diferentes patologías o traumatismos que se presenten, especialmente los abscesos, quistes, tumores y fracturas, pues pueden afectar la extracción de los dientes y la cicatrización postoperatoria.

Debe observarse la limpieza general de la boca del paciente y la eficiencia de su higiene bucal.

Cuando sea necesario y cada vez que sea posible se deberá efectuar una profilaxis cuidadosa antes de la extracción, especialmente en las bocas descuidadas, cuando menos una semana antes de llevar a cabo la extracción. Los cálculos, estancamientos e inflamación crónica usualmente ocurren juntas, y el proceso de cicatrización puede retardarse, a menos que la boca se limpie meticulosamente antes de la extirpación del diente.

Las radiografías aportan información diagnóstica valiosa y constituyen un registro permanente del estado dental del paciente en el momento del examen; las radiografías seriadas intrabucales proporcionan mayor claridad de detalles que las radiografías de los maxilares.

La información que nos van a aportar las radiografías es el estado general de los dientes y el hueso alveolar y basal; la presencia de raíces retenidas y dientes no erupcionados, densidades intraóseas, zonas osteolíticas, cuerpos extraños, etc.

Las raíces de los dientes deberán ser estudiadas en relación con el conducto mandibular, la línea milohioidea y los senos maxilares.

Es muy importante tomar una radiografía preoperatoria en cualquiera de las siguientes indicaciones:

- 1.- Historia de extracciones difíciles o ya intentadas.
- 2.- Un diente con resistencia anormal a la extracción con forceps.
- 3.- Si después de un examen clínico se ha decidido remover un diente por disección.
- 4.- Cualquier diente o raíz en cercana con el seno maxilar o con los nervios dentario inferior y mentoniano.
- 5.- Todos los terceros molares inferiores y superiores, premolares retenidos o caninos en malposición.
- 6.- Dientes ampliamente restaurados o despulpados.
- 7.- Cualquier diente afectado por enfermedad periodontal acompañado de esclerosis del hueso de soporte.
- 8.- Cualquier diente que haya estado sujeto a algún trauma.

- 9.- Un molar superior aislado, especialmente si no tiene -- antagonista y está sobreerupcionado.
- 10.- Cualquier diente parcialmente erupcionado o no erupcionado, o raíz retenida.
- 11.- Cualquier diente cuya corona anormal o erupción retardada puede indicar la posibilidad de dilaceración, geminación u odontoma dilatado.
- 12.- Cualquier padecimiento que predisponga anomalía dentaria o alveolar por ejemplo:
 - Osteítis deformante en donde las raíces presentan hiper-- cementosis y hay predisposición a osteomielitis crónica.
 - Disostosis cleidocraneal, ya que cuando se presenta este trastorno, provoca modificaciones en la anatomía dental, tales como raíces en forma de gancho, pseudoanodancias, etc.
 - Pacientes con radioterapia de la mandíbula y por lo tanto con predisposición a la osteorradionecrosis.
 - Osteopetrósis que dificulta la extracción y predispone a la osteomielitis crónica.

Al examinar la o las radiografías puede observarse lo siguiente:

- a) En la pieza a extraer se estudiará la corona o el remanente coronario en caso de existir, con el objeto de evaluar su resistencia a la instrumentación.

Los dientes no vitales son generalmente más frágiles a la instrumentación, así como los dientes portadores de coronas de espiga y pernos muñones, por lo que deben extremarse las precauciones -- para prevenir la fractura.

Con respecto a las raíces se debe prestar atención a la -- cantidad, tamaño, forma, posición y disposición, en relación a todas las estructuras circundantes.

Cuanto más grande sea una raíz, mayores dificultades podrá presentar su avulsión, agravándose la situación de los dientes poli--rradiculares cuando todas sus raíces presentan gran volumen.

La forma de una raíz puede implicar la intervención cuando estas sean rectas o cónicas; y complicarla seriamente, cuando sean - curvas o con dilaceraciones en forma de trompeta, bayoneta o ángulo--recto; al mismo tiempo que pueden encontrarse cementosis apicales en forma de esfera, etc.

La disposición radicular simplificará en muchos casos la -- exodoncia cuando las raíces sean paralelas entre sí; y la dificultará en caso de divergencia marcada, acentuándose cuando la raíz pre--sente además variaciones de volumen o de forma.

En las estructuras periapicales se puede observar la pre---sencia de abscesos, granulomas, quistes, etc.

b) Hueso de sostén, se debe observar la cantidad de hueso, -- es decir su altura, considerando que a mayor cantidad de tejido au--mentará la resistencia a vencer; la calidad del hueso estará dada de--pendiendo del grado de calcificación que contenga, de la dirección - del trabeculado, así como del examen de las corticales cuya integri--dad y espesor serán determinantes en el grado de implantación de la--pieza.

El ligamento alveolo dentario, aumentado en espesor facilita el plano de anclaje y la profundización adecuada de los instrumen--tos; disminuido puede significar una firme implantación; y ausente - nos indica la posibilidad de anquilosis.

Los tabiques intralveolares (interseptum) al igual que los--interalveolares, cuando son muy delgados facilitan la extracción por

su elasticidad; cuando son muy gruesos puede ser necesario recurrir a su eliminación por medio de fresa.

c) Dientes vecinos, se debe conocer su resistencia, a fin de prevenir su lesión, y la relación más o menos íntima que pudieran tener sus raíces con la pieza por extraer.

Se debe considerar la dirección general de la raíz y de su alveolo para evitar impactarlo contra los dientes vecinos.

d) Relaciones con las estructuras vecinas, como la fosa pterigomaxilar, el seno maxilar, el conducto dentario inferior, el agujero mentoniano y la rama ascendente del maxilar inferior.

Los modelos de estudio son de ayuda para el diagnóstico y la preparación del plan de tratamiento como ya se mencionó en el Capítulo I.

La articulación de los modelos de estudio ayudará al examinador a evaluar la función oclusal y permitirá probar los desgastes a realizar y los resultados obtenidos antes de efectuar el procedimiento en la boca. Son muy importantes para estudiar la preparación de la boca que recibirá aparatos de prótesis.

El examen de los modelos sin montar, por medio de la inspección visual y de un paralelógrafo revela factores que interferirán con la colocación de los aparatos fijos y con la inserción y remoción de aparatos removibles; ayudando a la decisión del aparato más apropiado y las modificaciones que deben hacerse durante la preparación de la boca para hacer más efectivo el uso de un determinado tipo de prótesis.

Los modelos de estudio además son una excelente ayuda visual para informar al paciente de sus problemas dentales.

Cuando se opta por la extracción dental es importante tener en cuenta las posibles complicaciones que pudieran presentarse, algu-

nas pueden evitarse si el plan de tratamiento diseñado abarca las dificultades diagnosticadas a través de un cuidadoso examen preoperatorio, siempre y cuando éste sea llevado a cabo apegado a los principios quirúrgicos adecuados durante la extracción.

Complicaciones más frecuentes en Exodoncia:

- Fracaso al asegurar la anestesia, debido generalmente a una técnica deficiente o dosis insuficiente del agente anestésico.
- Fracaso en extraer el diente, ya sea con elevadores o forceps, esto es debido a que si el diente se resiste a la aplicación de una fuerza razonable y si sea con elevadores o forceps, se debe dejar ese instrumento y buscar la razón de la dificultad.
- Fractura de la corona del diente al ser extraído, debido a que si el diente está debilitado, ya sea por caries, por una restauración amplia, o por la aplicación inadecuada del forceps al diente.
- Fractura de raíces del diente al ser extraída, los factores que causan la fractura de la corona también pueden ser causantes de la fractura radicular.
- Fractura de hueso alveolar, es una complicación común, esto es debido a la inclusión accidental del hueso alveolar entre los bocados del forceps o la configuración de las raíces, la forma del alveolo, o a cambios patológicos del hueso en sí.
- Fractura de la tuberosidad del maxilar, se debe generalmente a la invasión de la tuberosidad por el seno, que es común cuando se presenta un molar superior aislado, especial-

mente si el diente está sobreerupcionado.

- Fractura de dientes adyacentes o antagonistas, ésta se presenta si el diente adyacente al que va a ser extraído se encuentra muy cariado, ampliamente restaurado o en la línea de extracción, además si el diente que se va a extraer es pilar de una prótesis; los dientes antagonistas pueden astillarse o fracturarse si el diente que se va a extraer cede de repente a una fuerza incontrolada y el forceps los golpea.
- Fractura de la mandíbula, esto ocurre si se emplea una fuerza excesiva o incorrecta, o debido a cambios patológicos que hayan debilitado la mandíbula.
- Dislocación de un diente adyacente, las causas son similares a las de la fractura de un diente adyacente.
- Dislocación de la articulación temporomandibular, se presenta frecuentemente en algunos pacientes, que con anterioridad la hayan presentado, puede ser también causada por el uso incorrecto de los abre bocas; o a la aplicación de fuerza excesiva sobre la mandíbula.
- Desplazamiento de una raíz dentro de los tejidos blandos generalmente sucede en el intento ineficaz de sujetar a la raíz cuando el acceso visual sea inadecuado.
- Desplazamiento de una raíz dentro del seno maxilar, generalmente es la de un premolar o molar superior y casi siempre es la raíz palatina, esto por lo regular es debido a la presencia de un seno maxilar grande.

El desplazamiento de la raíz en ambos casos se presenta más frecuentemente bajo la anestesia general en el sillón dental.

- Hemorragia excesiva durante la extracción dentaria, esto -- puede suceder si no se realiza un interrogatorio completo -- que lleve a averiguar si existe historia previa de sangrado, antes de realizar una extracción.
- Daño al labio inferior; que puede presentarse por compresión entre los mangos del forceps y los dientes anteriores-- al llevar a cabo la extracción dental; o en su defecto puede suceder que el labio sea quemado en caso de que los instrumentos no estén completamente fríos después de haber sido esterilizados.
- Daño a encía, esto ocurre si se adhiere la encía al diente-- que se está liberando de su alveolo, ésta puede ser lesionada al no seleccionar y colocar inadecuadamente el forceps -- y no utilizar una buena técnica.
- Daño al nervio dentario inferior o cualquiera de sus ramas, esto es si el diente o raíz están en íntima relación con -- éste.
- Daño al nervio lingual, puede ser dañado por una extracción traumática de un molar inferior en el cual los tejidos blandos linguales son atrapados por el forceps, o bien con la fresa durante la remoción del hueso.
- Daño a la lengua y el piso de la boca, por la inadecuada -- aplicación del fórceps y el uso de elevadores, esto ocurre más comunmente bajo anestesia general.
- Dolor postoperatorio debido a traumatismo de los tejidos duros, puede ser por machacamiento del hueso durante la instrumentación o por el sobrecalentamiento de la fresa durante la extracción del hueso.

- Dolor postoperatorio debido a la presencia de osteomielitis agudas de la mandíbula, o debido a la presencia de "alveolo seco".
- Hinchazón postoperatoria, debido a: edema, formación de - - hematoma, infección, etc.

Se pueden presentar otras complicaciones como urgencias debido a la acción del anestésico, síncope, paro respiratorio, paro -- cardíaco, trismo, la creación de una comunicación bucoantral, etc.

B I B L I O G R A F I A

CAPITULO V

- Kerr A. Donald, Ash Major, Millard Dean H: DIAGNOSTICO BUCAL, ---
4a. edición, editorial Mundi SAIC y F; Buenos Aires Argentina - -
1976 pág. 9-15, 20-28, 30-42.
- Howe Geoffrey: LA EXTRACCION DENTAL, 1a. edición, editorial El Ma-
nual Moderno, S.A.; México 1979 pág. 10-38, 43-50.
- Morris L. Alvin, Bohannon Harry: LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS-
EN LA PRACTICA GENERAL, 3a. edición, editorial Labor, S.A., Barce-
lona España 1979 pág. 135-148, 150-181.
- Meyers George: PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES, 6a. edición, edito-
rial Labor, S.A., Barcelona España 1979 pág. 269-285
- Starshak Tomas J: CIRUJIA PREPROTESICA, 3a. edición, Mundi SAIC y-
F; Buenos Aires Argentina 1974 pág. 280-295, 300-310.

C A P I T U L O V I

CONSIDERACIONES PARODONTALES PREVIAS AL TRATAMIENTO PROTESICO.

INTRODUCCION.

La Parodencia es la ciencia que se encarga del estudio de los tejidos de soporte y estructuras que rodean al diente tales como la encía, el ligamento parodontal, el hueso alveolar y el cemento estableciendo las condiciones de salud que deben tener para un buen funcionamiento, refiriéndose también al tratamiento y en general al estudio de la enfermedad parodontal.

La enfermedad parodontal es una de las causas más importantes que provocan pérdida dentaria en los adultos, por muchos años la Parodencia fue como un conglomerado de técnicas terapéuticas con la finalidad de tratar de salvar los dientes cuya enfermedad era avanzada.

Gradualmente se fue haciendo claro que la enfermedad parodontal que causa pérdida dentaria en adultos, era la etapa final de procesos que se habían originado en la juventud haciendo más frecuentes las necesidades protésicas en esos pacientes. La atención se desplazó hacia el tratamiento temprano ya que éste último produce resultados más previsibles y evita en el paciente la pérdida innecesaria de los tejidos de soporte del diente que pueda ser utilizado en algún tratamiento protésico.

Los órganos dentales normales, las restauraciones que sean necesarias, en caso de dientes afectados y la salud parodontal están relacionados de manera inseparable, la salud parodontal es necesaria para el funcionamiento de éstos órganos dentarios y la estimulación funcional que proporcionan, la cual es esencial para la conservación del parodonto. La enfermedad parodontal y gingival se debe eliminar antes de iniciar los procedimientos restauradores ya que en el caso de que no sean tratadas, provocarán problemas más difíciles de solucionar.

SALUD PARODONTAL Y PROTECCION DEL PARODONTO.

Todo procedimiento dental se realiza teniendo en cuenta -- sus efectos sobre el parodonto, la prevención de la enfermedad parodontal debe ser tomada en cuenta para poder mantener en buenas condi ciones todas las estructuras que componen el parodonto, el cual es - considerado como el tejido de protección y sostén del diente.

Los componentes del parodonto son los siguientes:

- 1) La Encía,
- 2) El ligamento parodontal,
- 3) Hueso alveolar y
- 4) Cemento.

LA ENCIA.

La encía es aquella parte de la membrana mucosa bucal que - cubre los procesos alveolares del maxilar superior y la mandíbula, - rodeando también los cuellos de los dientes. La encía se divide en - papilar, marginal e insertada, reúne además las siguientes caracte-- rísticas:

1) Color- La encía varía en color tomando un aspecto que va de rosa pálido a rosa coral.

2) Forma- La forma de la encía varía considerablemente y de pende de la forma de los dientes y su alineación en el arco, de la - localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimen-- siones de los nichos gingivales, vestibular y lingual, en general, - el terminado de la encía en el contorno del diente debe ser de punta de cuchillo, festoneando al diente en sentido mesiodistal.

3) Textura- La encía presenta una superficie finamente loby lada, como una cáscara de naranja y se dice que es punteada. Desde - el punto de vista microscópico el punteado es producido por protube- rancias redondeadas y depresiones alternadas en la superficie gingi- val provenientes de la encía insertada compuestas de tejido conecti-

vo. La capa papilar del tejido conectivo se proyecta en las elevaciones y tanto las partes elevadas como las hundidas están cubiertas de epitelio escamoso estratificado. Parece ser que hay relación entre el grado de queratinización y la prominencia del punteado.

El punteado es una forma de adaptación por especialización o refuerzo para la función, es además una característica de la encía sana y la reducción o pérdida del punteado es un signo común de la enfermedad gingival, cuando se devuelve a la encía a su estado de salud, después de un tratamiento, reaparece el aspecto punteado.

4) Consistencia- La encía es firme y resiliente (elástica) y con excepción del margen libre de la encía, esta fuertemente unida al hueso subyacente.

LIGAMENTO PARODONTAL.

Ligamento parodontal.- Los elementos más importantes del ligamento parodontal son las fibras colágenas dispuestas en haces y que siguen un recorrido ondulado. Los extremos de las fibras principales, que se insertan en el cemento y hueso se denominan fibras de Sharpey.

Las fibras principales del ligamento parodontal se distribuyen en los siguientes grupos:

Grupo transeptal.- Estas fibras se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento del diente vecino.

Grupo dentogingival.- Estas fibras se extienden oblicuamente desde el cemento, inmediatamente debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar.

Grupo horizontal.- Estas fibras se extienden en ángulo recto respecto del eje mayor del diente van del cemento hacia el hueso alveolar.

Grupo oblicuo.- Son el grupo de fibras más grandes del ligamento parodontal, se extienden desde el cemento en dirección coronaria, en sentido oblicuo respecto al hueso.

Grupo apical.- El grupo apical de fibras se extiende desde el cemento hacia el hueso, en el fondo del alveolo, éste tipo de fibras no se observa en raíces incompletas.

El ligamento parodontal provee de elementos nutritivos al cemento, hueso y encía mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático. La inervación del ligamento parodontal confiere sensibilidad propioceptiva y táctil que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes.

HUESO ALVEOLAR.

El hueso alveolar existe con la finalidad de sostener los dientes, depende de la estimulación que recibe de la función para la conservación de su estructura. El hueso alveolar como unidad está compuesto por hueso delgado compacto en su pared interna denominada hueso alveolar propiamente dicho (Lámina cribiforme) el hueso de sostén que consiste en trabéculas reticulares (hueso esponjoso) y las tablas vestibulares y palatinas de hueso compacto, además, del tabique interdentario que se compone de hueso esponjoso limitado por las paredes alveolares de los dientes vecinos y las tablas corticales vestibular y lingual. El contorno óseo se adapta a la prominencia de las raíces y a las depresiones verticales intermedias que se afinan hacia el margen.

La pared del alveolo está formada por hueso laminado parte del cual se organiza en sistemas haversianos y hueso fasciculado. Hueso fasciculado es la denominación que se da al hueso que limita el ligamento parodontal. La porción esponjosa del hueso alveolar tiene trabéculas que encierran espacios medulares irregulares, tapizados con una capa de células endósticas.

Es muy importante observar que las fuerzas oclusales que se transmiten desde el ligamento parodontal hacia la parte interna del alveolo son soportados por el trabeculado esponjoso, que a su vez, es sostenido por las tablas corticales, vestibular y lingual.

CEMENTO.

El cemento es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica, hay dos tipos de cemento: - acelular (primario) y celular (secundario). La distribución del cemento acelular y celular varía. La mitad coronaria de la raíz se encuentra, por lo general, cubierta por el tipo acelular y el cemento celular es más común en la mitad apical. Con la edad la mayor acumulación de cemento es de tipo celular en la mitad apical de la raíz y en la zona de las furcaciones.

El cemento que se halla inmediatamente debajo de la unión amelocementaria es de gran importancia clínica especial en todos los procedimientos en Odontología en especial en prótesis ya que los cortes de las preparaciones pueden llegar a ese lugar. En la unión amelocementaria hay tres clases de relaciones del cemento. El cemento que cubre el esmalte 60 a 65% de los casos, en un 30% la unión es borde con borde y de un 5 a un 10% el cemento y el esmalte no se ponen en contacto.

Se incluye el cemento como parte del parodonto porque junto con el hueso sirve de soporte a las fibras de la membrana parodontal; el parodonto está sujeto a variaciones morfológicas y funcionales normales.

Las alteraciones del parodonto más allá del límite de las variaciones normales constituyen la enfermedad parodontal.

Enfermedad parodontal es un término amplio que se refiere a todas las alteraciones patológicas a que está sujeto el parodonto y que por lo tanto pueden impedir el éxito del tratamiento protésico que se pretenda implementar.

Es de gran importancia que el parodontista y el protodoncista instruyan al paciente respecto a lo que debe hacer en casa para mantener la salud de su boca ya que de esto dependerá que los elementos parodontales se encuentren en condiciones de aceptar una prótesis.

Hay indicaciones higiénicas que deben ser tomadas en cuenta (las cuales son explicadas en el CAPITULO II) que en general son:

- 1) Control de placa
- 2) Técnica de cepillado
- 3) Uso de dentríficos y enjuagatorios
- 4) Uso de los auxiliares de higiene oral.

ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL.

Gingivitis.- Es la inflamación de la encía, es la forma más común de enfermedad gingival, se divide en:

1) GINGIVITIS AGUDA.- Dolorosa, se instala repentinamente y es corta duración.

2) GINGIVITIS SUBAGUDA.- Una fase menos grave que la afección aguda.

3) GINGIVITIS RECURRENTE.- Enfermedad que reaparece después de haber sido eliminada mediante tratamiento o que desaparece espontáneamente y reaparece.

4) GINGIVITIS CRONICA.- Se instala con lentitud, es de larga duración e indolora, salvo que se complique con exacerbaciones agudas o subagudas. La Gingivitis crónica es una lesión fluctuante -

en la cual las zonas inflamadas persisten o se tornan normales y -- las zonas normales se inflaman.

La Gingivitis se distribuye de la siguiente forma:

- 1) Gingivitis localizada.- Se limita a la encía de un solo-diente o un grupo de dientes.
- 2) Gingivitis Generalizada.- Abarca toda la boca.
- 3) Gingivitis Marginal.- Afecta al margen gingival pero pue de incluir una parte de la encía insertada contigua.
- 4) Gingivitis Papilar.- Abarca las papilas interdentarias y con frecuencia se extiende hacia la zona adyacente del margen gingi-val.
- 5) Gingivitis Difusa.- Abarca la encía marginal, encía in--sertada y papila interdentaria.

ENFERMEDAD PARODONTAL.

Periodontitis.- Inflamación y destrucción de los tejidos -- más profundos de soporte del diente, ésta enfermedad es una secuela de la gingivitis crónica, se divide en dos:

- 1) Simple o Marginal.- Su característica principal es que - se puede observar, al examen radiográfico resorción ósea horizontal, no provoca dolor a menos que haya una infec-ción, lo cual produce irradiación del mismo, se presenta por lo general en personas adultas, otra alteración es - la formación de bolsas supraóseas.
- 2) Compuesta.- Hay migración de la adherencia epitelial, -- bolsas infraóseas y su principal característica es que - al examen radiográfico se puede observar resorción ósea- vertical y horizontal, se puede encontrar dolor irradia-do así como sensibilidad a los cambios térmicos, por lo-regular se puede encontrar junto con un trauma de oclu-sión y gran movilidad dentaria.

Periodontosis.- Destrucción o degeneración de hueso sin inflamación es de etiología desconocida pero se puede presentar en presencia del trauma de oclusión, aparece además en pacientes jóvenes - siendo de evolución rápida, hay migración patológica de los dientes - acompañada de gran movilidad de los mismos, se puede observar resorción ósea angular con bordes crateriformes.

Atrofia Parodontal.- Se divide en dos:

- 1) Por desuso.- Se presenta por no usar un lado de la arcada.
- 2) Presenil.- Se presenta en pacientes adultos y se asocia a la edad avanzada del paciente; al no uso de prótesis - que estimulen al hueso que se encuentre debajo de éstas - y desde luego que sean necesarias.

Otras anomalías importantes son:

Pericoronitis.- Es un estado inflamatorio de la encía y de otros tejidos de soporte que rodean la corona de un diente completo o incompletamente erupcionado se observan solo cambios en los tejidos blandos por lo que no habrá hallazgos radiográficos, si la enfermedad no es tratada o si se presentan complicaciones, la infección - puede llegar a los tejidos bucales, por lo tanto se debe tratar de - que la pericoronitis sea tratada desde su inicio ya que al afectar a las zonas de sostén de los dientes adyacentes hará que éstos sean difíciles de ser tomados en cuenta en caso de que haya necesidades protésicas.

Características clínicas:

Los sitios más comunes de pericoronitis son los terceros molares inferiores parcialmente erupcionados o retenidos. El espacio entre la corona del diente y el colgajo de la encía que la cubre es una zona ideal para la acumulación de residuos de alimento. La peri-

coronitis puede ser aguda, subaguda y crónica. Siendo la más traumatizante la Pericoronitis Aguda en la que encontramos un cuadro clínico muy complicado; se puede observar una lesión supurativa, hinchada, muy roja y extremadamente sensible, con dolores irradiados al oído, garganta y piso de la boca, además del dolor, el paciente está muy incómodo por el desagradable sabor y la incapacidad de cerrar bien la boca.

ABSCESOS.

Un absceso dental es una inflamación purulenta, circunscrita y localizada en los tejidos que rodean los dientes. Hay tres tipos de abscesos dentales:

- 1) Abscesos gingivales
- 2) Abscesos parodontales y
- 3) Abscesos periapicales.

ABSCESO GINGIVAL.

Es una lesión localizada, dolorosa, de expansión rápida que por lo regular se instala rápidamente, se limita al margen gingival o papila interdentaria, es un foco purulento en el tejido conectivo, rodeado de infiltrado difuso de leucocitos polimorfonucleares, tejidos edematizado, el epitelio presenta grados variables de edema intracelular y extracelular, invasión de leucocitos y úlceras.

ABSCESOS PARODONTAL.

El absceso parodontal es una inflamación purulenta localizada en los tejidos parodontales se le conoce como absceso lateral o parietal; pueden ser agudos o crónicos. El absceso parodontal agudo aparece como una elevación ovoide de la encía en la zona lateral de la raíz, la encía es edemática y roja; con una superficie lisa y brillante presenta síntomas como dolor irradiado pulsátil sensibilidad a la palpación lateral y a la percusión, movilidad dentaria y malestar en general.

El absceso paradontal crónico se presenta como una fístula que se abre en la mucosa gingival en alguna parte de la raíz, por lo general ésta afección es asintomática, el paciente suele registrar ataques que se caracterizan por dolor sordo, leve elevación del diente y el deseo de morder y forzar el diente.

ABSCESO PERIAPICAL.

Un absceso periapical proviene de una infección de tejido pulpar debida a una caries en la mayoría de los casos, así mismo, se originan por la irritación de los tejidos periapicales por la manipulación mecánica o por aplicación de sustancias químicas durante procedimientos endodónticos. Hay dos tipos: agudo y crónico; el absceso periapical agudo es una lesión de avance rápido a diferencia del absceso periapical crónico que es más lento por otro lado este tipo de afección puede convertirse en un granuloma periapical.

Por lo anteriormente descrito, los abscesos pueden parecerse uno a otro desde el punto de vista clínico ya que poseen características muy semejantes, lo único que los diferenciaría sería conocer el lugar en que se originaron, así como su vía de infección, por otro lado, a pesar de que los abscesos se presentan solos pueden aparecer asociados haciendo más difícil la resolución de problema.

BOLSAS PARODONTALES.

Una bolsa paradontal es la profundización patológica del surco gingival; es una de las características importantes de la enfermedad paradontal, el avance progresivo de la bolsa conduce a la destrucción de los tejidos paradontales de soporte, aflojamiento y exfoliación de los dientes. Las bolsas paradontales se clasifican según la morfología de su relación con las estructuras adyacentes como sigue:

Bolsa gingival (relativa).- Una bolsa gingival está formada por el agrandamiento gingival, sin destrucción de los tejidos parodontales subyacentes. El surco se profundiza a expensas del aumento de volumen de la encía.

Bolsa paradontal (absoluta).- Este es el tipo de bolsa que se produce en la enfermedad paradontal. La encía enferma y el surco se profundiza; hay destrucción de los tejidos paradontales de soporte. A las bolsas absolutas se les clasifica de la siguiente forma:

- 1) **Supraósea (supracrestal).**- En la cual el fondo de la bolsa es coronal al hueso alveolar subyacente.
- 2) **Infraósea (subcrestal o intraalveolar).**- En la cual el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar adyacente, en éste tipo de pared lateral de la bolsa - está entre la superficie dentaria y el hueso alveolar.

La clasificación de la bolsa paradontal según el número de caras afectadas es la siguiente:

- 1) **Simple.**- Una cara del diente.
- 2) **Compuesta.**- Dos caras del diente o más; la base de las bolsas está en comunicación directa con el margen gingival en cada una de las caras afectadas o superficies del diente.
- 3) **Compleja.**- Hay una bolsa espiralada que nace en una superficie dentaria y da vueltas alrededor del diente y afecta a una cara adicional o más. La única comunicación con el margen gingival es en la cara donde nace la bolsa.

En general las bolsas paradontales son originadas por irritantes locales que producen alteraciones patológicas en los tejidos y profundizan el surco gingival.

GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA.

En un sentido literal limitado, la gingivectomía significa excisión de la encía; en realidad es una operación de dos tiempos -- que consiste en la eliminación de la encía enferma y el raspaje y alisado de la superficie radicular.

La gingivectomía obtiene su eficacia de lo siguiente:

- 1) Al eliminar la pared enferma de la bolsa que oculta la superficie dentaria, proporciona la accesibilidad y visibilidad fundamental para la remoción completa de los irritantes y el alisado radicular y;
- 2) Al eliminar el tejido enfermo y los irritantes locales, crea un medio ambiente favorable para la cicatrización gingival y restauración del contorno gingival fisiológico éste último de gran importancia en prótesis.

INDICACIONES DE LA GINGIVECTOMIA.

La gingivectomía es un procedimiento definitivo para eliminar bolsas supraóseas profundas, bolsas supraóseas con paredes fibrosas, agrandamientos gingivales, lesiones de furcación, abscesos paradontales, capuchones pericoronarios y determinados cráteres gingivales interdentarios y determinadas bolsas infraóseas.

GINGIVOPLASTIA.

Es la remodelación artificial de la encía para crear contornos fisiológicos. La enfermedad gingival y paradontal con frecuencia produce deformaciones en la encía que entorpece la excursión normal de los alimentos, colecciona placa dentobacteriana y residuos de alimentos etc. Ésto hace indicada la gingivoplastia por otro lado la gingivoplastia se hace como procedimiento complementario cuando el remodelado no se incluye en el tratamiento inicial o cuando la cicatrización inesperadamente produce anomalías gingivales.

ENFERMEDAD PARODONTAL, SU RELACION CON PROTESIS.

Es necesario realizar en el paciente un examen minucioso -- de su boca para poder detectar cualquier problema parodontal y solucionarlo antes de realizar un tratamiento protésico por las siguientes razones:

- La movilidad dentaria y el dolor que originan la impacción de los alimentos en las bolsas parodontales entorpecen la masticación y la función de la prótesis.
- La inflamación y degeneración del parodontoaminoran la capacidad de los dientes pilares para satisfacer las demandas funcionales de la prótesis, las restauraciones confeccionadas para que proporcionen estimulación funcional favorable a un parodonto sano y se convierten en influencias destructivas cuando se superponen a la enfermedad parodontal existente y acortan la vida de los dientes y de la prótesis.
- Es frecuente que en la enfermedad parodontal la posición de los dientes se modifique planteando dificultades para el -- tratamiento protésico por lo tanto la implantación de un -- adecuado tratamiento debe tener como objetivo el evitar que éstos dientes se muevan nuevamente de su lugar.
- Las prótesis diseñadas antes del tratamiento del parodonto pueden generar tensiones y presiones sobre el parodonto tratado; las prótesis parciales confeccionadas sobre modelos -- hechos con impresiones en encía y mucosa desdentada enfer-- mas no tendrán buena adaptación, una vez restablecida la sa-- lud parodontal.
- Al eliminar la inflamación se altera el contorno de la -- encía y la mucosa adyacente, la retracción crea espacio por debajo de los púnticos de puentes fijos y sillas de las pró-- tesis removibles.

La acumulación de los alimentos que ahí se produce conduce a la inflamación de la mucosa y la encía de los dientes pilares.

- Las metas del tratamiento parodontal no se limitan a la eliminación de las bolsas y a la restauración de la salud gingival sino que también debe crear el medio ambiente necesario para la función adecuada de prótesis fijas y removibles por lo que la zona que será preparada para obtener entre -- otras cosas: Un parodonto en buenas condiciones así como de -- jar una base de mucosa firme en donde poder instalar los -- elementos que componen una prótesis.

ASPECTOS PARODONTALES DE LA PROTESIS.

Además de la estética, las finalidades de las prótesis fijas y removibles incluyen el mejoramiento de la eficiencia masticatoria y prevenir la inclinación y extrusión de los dientes, y por ende, la alteración de la oclusión y la impacción de alimentos. Sin -- embargo, la finalidad más importante de la prótesis es proporcionar la estimulación funcional esencial para la preservación del parodonto de la dentadura natural remanente.

Tiene, por otro lado poco sentido que el cirujano dentista utilice el tiempo en diseñar, preparar y retocar las restauraciones dentales y no haga un esfuerzo equivalente por proveer el cuidado -- previo y posterior de la prótesis a usar en la boca del paciente. -- En general las restauraciones protésicas funcionan tanto tiempo y -- tan satisfactoriamente como lo permita el estado del parodonto.

B I B L I O G R A F I A

CAPITULO VI

- Glickman Irving: PERIODONTOLOGIA CLINICA, 4a. edición, Editorial - Interamericana, México 1974 pág. 138-142, 225-308.
- Paculak: CONCEPTOS ESENCIALES DE PERIODONCIA, 1a. edición, Editorial Mundi SAIC y F; México 1978 pág. 40-63.
- W. Chaikin Richard: ELEMENTS OF SURGICAL TREATMENT IN THE DELIVERY OF PERIODONTAL THERAPY, 1st. edition, Quintessence Books, Dallas - 1977 pág. 1-135.
- Dr. Antonio Lomelin Aragón: PROTESIS CON EXITO, revista Práctica - Odontológica, Vol. 5 número 7 Agosto 1984; México 1984 pág. 18-25.
- Shafer: PATOLOGIA BUCAL, 3a. edición, editorial Interamericana, -- México 1977 pág. 148-152 , 160-165.

C A P I T U L O V I I

**CONSIDERACIONES QUIRURGICAS A TOMARSE EN CUENTA
PARA LA ELABORACION DE UN TRATAMIENTO PROTESICO**

CAPITULO VII

CONSIDERACIONES QUIRURGICAS A TOMARSE EN CUENTA PARA LA ELABORACION DE UN TRATAMIENTO PROTESICO.

INTRODUCCION.

La cirugía Bucal se define como aquella especialidad de la Odontología, la cual incluye además de las extracciones con anestesia local y general, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con Infecciones, Lesiones de la cavidad bucal, Quistes, Tumores, etc.; así como la preparación quirúrgica de la boca para el uso de cualquier tipo de prótesis; la remoción de dientes retenidos; el cuidado y la reducción de fracturas complejas de la mandíbula y otros huesos faciales; reparaciones plásticas de la boca, labio y deformidades mandibulares; el tratamiento de desordenes en las glándulas salivales; el diagnóstico y tratamiento de disturbios de la articulación temporomandibular y la cirugía de los nervios dentro y alrededor de la boca.

Con el fin de obtener los mayores beneficios posibles de la cirugía se deben observar ciertas reglas que comprenden:

- I El diagnóstico del problema.
- II La evaluación del paciente.
- III El tiempo propicio para los procedimientos quirúrgicos.
- IV Una buena técnica quirúrgica.
- V Y un cuidado postoperatorio diligente.

Debe hacerse un diagnóstico apropiado, después de haber obtenido una historia clínica del paciente adecuada, y de llevar a cabo un examen clínico completo y de utilizar medios auxiliares de diagnóstico importantes. El examen clínico debe incluir una inspección y palpación completa de la cavidad oral y las zonas adyacentes.

Para obtener un diagnóstico completo y exacto se debe realizar un examen radiográfico oral completo, el cual nos mostrará si -- existen raíces retenidas, dientes impactados, espículas óseas, enfermedades de los huesos, cuerpos extraños o sugestiva evidencia de lesiones que exigirán la biopsia o la intervención quirúrgica, así como otras anomalías.

La perfecta preparación bucal es fundamental para que el tipo de prótesis indicada actúe y brinde un exitoso servicio.

Los criterios de un reborde ideal, total o parcialmente dentado son:

- I Sostén óseo adecuado para cualquier tipo de prótesis.
- II Hueso cubierto por tejido blando adecuado.
- III Ausencia de socavados y protuberancias colgando.
- IV Ausencia de rebordes afilados.
- V Surcos bucal y lingual adecuados.
- VI Ausencia de cintas de cicatrización, que evitan que la prótesis se sienta o ajuste normalmente.
- VII Ausencia de fibras musculares o frénillos que movilicen la periferia de la prótesis.
- VIII Relación satisfactoria de los rebordes alveolares superior e inferior.
- IX Ausencia de repliegues tisulares blandos, redundancias o hipertrofias de los rebordes en los surcos.
- X Ausencia de enfermedad neoplásica.

Para poder lograr los requisitos antes mencionados existen un gran número de procedimientos quirúrgicos, los cuales deben ser llevados a cabo lo más precozmente posible en el paciente que va a ser portador de un determinado tipo de prótesis.

Algunos de los casos más comunes en los que la intervención quirúrgica está indicada como una ayuda para el diseño y la confección de los tipos de prótesis que se conocen hasta la fecha, para así lograr su funcionamiento satisfactorio y contribuir aún más a la salud y al bienestar del paciente son los siguientes:

- Eliminación de restos radiculares.- Generalmente todas las raíces retenidas o los fragmentos radiculares, deben ser extraídos antes de la rehabilitación protética, La eliminación de ápices radiculares puede efectuarse por las caras vestibular o palatina, sin que se produzca una reducción de la altura del reborde o se pongan en peligro los dientes adyacentes.

- Dientes retenidos.- Todos los dientes retenidos deben considerarse para su extracción, especialmente en los jóvenes para evitar la posible transición a un quiste dentífero y diferenciación posterior en ameloblastoma; los dientes incluidos deberán ser extraídos cuando existan pruebas patológicas relacionadas y ésto sea evidente en la radiografía; cuando la pared folicular se encuentra muy cerca de o haya perforado la placa alveolar cortical, etc.

Suelen conservarse cuando haya alguno permanecido asintomático durante años, además cuando el diente se encuentre rodeado por hueso trabecular o de aspecto normal y se encuentre en un sitio en el que su extracción dejaría un gran defecto quirúrgico, como es el hueso compacto y poroso de la mandíbula.

- Quistes y Tumores Odontógenos.- Deben investigarse todas las zonas de radiopacidad o radiolucidez que se observen en los maxilares, ésto puede realizarse mediante la biopsia enviada al patólogo para su examen microscópico, y así poder realizar su extirpación o no, sin que ésto provoque alguna otra alteración, y así nos ayude a que el tipo de prótesis requerida cumpla sus funciones adecuadamente.

- Exostosis y Torus.- La existencia de agrandamientos óseos anormales no deben dejarse de modo que comprometan el diseño de la prótesis, en algunas ocasiones, dependiendo del tipo de prótesis requerida puede acomodarse a la exostosis pero frecuentemente -- ésto da lugar a cargas adicionales sobre los elementos de soporte y afectar la función de ésta.

Las ventajas que se obtienen al eliminarse las exostosis y torus son grandes en contraste con el efecto deletereo que puede originar su presencia continua.

- Tejidos hiperplásicos.- Se observan en la forma de tuberosidades fibrosas, rebordes abultados y blandos, pliegues de excedentes de tejidos en el vestíbulo y en el piso de la boca, y como papilomatosis fibrosa; al ser eliminados proporciona a la prótesis una base más firme y estable, reduciendo las cargas y tensiones sobre los tejidos y dientes de soporte.

- Inserciones musculares y frenillo.- Los músculos pueden insertarse sobre o cerca de la cresta alveolar, tales como los músculos milioideo, buccinador, mentoniano y geniogloso. Ocasionalmente el mentoniano y el buccinador producen protuberancias óseas que pueden interferir en el diseño de la prótesis.

Los frenillos labial superior y lingual son probablemente - los más frecuentes de interferencia con la prótesis; hacer la exéresis del frenillo labial, está indicado cuando éste se inserta demasiado cerca de la papila incisiva o encía marginal, provocando un in debido jalón en la mucosa oral, o cuando interfiere con la colocación de una prótesis, por estar demasiado cerca de la cresta alveolar. Si el vestíbulo es de suficiente profundidad, la operación se limita al frenillo, pero a menudo se precisa profundizarlo para proporcionar espacio para la reposición del frenillo.

- Espinas óseas y rebordes afilados.- Las espinas óseas de ben ser eliminadas y las crestas agudas deben ser ligeramente redondeadas, ésto debe llevarse a cabo con la mínima pérdida de hueso, si a pesar de ello la corrección de una cresta alveolar afilada, trae como consecuencia un insuficiente soporte alveolar para la base protética entonces debe recurrirse a la profundización vestibular para corregir la deficiencia.

- Pólipos, papilomas y hemangiomas.- Todas las lesiones -- que presentan tejidos blandos anormales, deben ser incididas y sometidas a examen patológico antes de la confección de la prótesis.

- Hiperqueratosis, Eritoplasia y Ulceraciones.- Son algunos otros trastornos que se pueden presentar.

Los procedimientos correctivos necesarios para preparar al reborde total o parcialmente desdentado para la colocación de la prótesis requerida pueden dividirse en dos grupos básicos, en relación con el momento en que se opera.

A) Preparaciones iniciales.- Se realizan inmediatamente después de la realización de las extracciones dentales, y antes de la primera inserción de la prótesis; ésto grupo se subdivide en prepara

ciones que corrijan el tejido blando y deformaciones del tejido duro.

- La preparación del tejido blando comprende: La corrección de deformaciones del tejido blando, como inserciones musculares altas y frenillos, ésto por lo general se encuentra en casos en que la atrofia excesiva haya disminuido la altura alveolar, además se pueden encontrar cicatrices provocadas por una inadecuada cirugía periodóntica, o a causa de un trauma.

- Las preparaciones de tejido duro; incluyen procedimientos para alveoloplastia, extirpación de Torus, y eliminación de rebordes afilados, lo que incluye reducción lingual del borde alveolar.

La alveoloplastia o alveolectomía, es la eliminación quirúrgica de una porción del proceso alveolar, ésto puede ser necesario cuando se producen proyecciones óseas muy agudas después de extracciones individuales, extracciones múltiples o en presencia de cresta ósea irregulares.

- Eliminación de Torus.- Son proyecciones óseas que no tienen importancia patológica, éstos serán extirpados si interfieren con la construcción del aparato protésico, debido a que al ejercer presión son fuentes de dolorosa irritación crónica que puede hacer que se produzca una infección o falle la prótesis o ambas cosas, e incluso volverse un factor etiológico de proceso maligno bucal.

La extirpación del Torus del maxilar superior podría dar lugar a la producción de una abertura buconasal iatrógena.

Las indicaciones son en Torus grande y lobulado con delgada cubierta mucoperiostica, extendiéndose hacia atrás a la línea vibrátil del paladar que evita que la prótesis se asiente sobre la masa, así como el sellado ulterior de las depresiones palatinas.

Los Torus del maxilar inferior se producen principalmente - en el área lingual aproximadamente a nivel de los premolares, son -- generalmente bulbares, pueden ser simples o múltiples y ocasionalmen te hacen coalescencia para formar una gruesa exostosis lingual que - se extiende hacia atrás desde el canino hasta el segundo molar.

- Eliminación de reborde afilado.- Una de las causas comu- nes de molestias en la dentadura, son los rebordes desdentados en -- forma de sierra y afilados. El reborde generalmente se va obscure- - ciendo por tejido redundante movable sobre la cresta. La reducción - del borde alveolar comprende una cresta ósea afilada en el lado lin- gual del hueso alveolar del maxilar inferior y la cresta milohioides del mismo.

La corrección de las deformidades combinadas, blandas y du- ras incluyen procedimientos para alteración y reducción de la tubero sidad, éstos procedimientos se realizan en su mayor parte para lo- - grar soporte y éstos pueden ser: Las tuberosidades agrandadas del -- maxilar superior pueden acompañar a casos de hiperplasia submucosica o pueden ser resultado de auténticos agrandamientos óseos que inter- fieren en el asentamiento de la prótesis, debido a algún socavado -- excesivo o choque en el espacio intermaxilar.

Tuberoplastia.- Está diseñada para aumentar la profundidad- entre el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides del esfe- noides y el lado distal del maxilar superior. Especialmente útil pa- ra crear espacio en un maxilar superior plano, en el que la atrofia- extrema ha provocado la pérdida completa de la tuberosidad.

B) Las preparaciones secundarias del reborde, se producen - después de un período de uso de la prótesis en protección, durante - el cual, cicatrización, atrofia o lesión excesivas han causado un -- cambio notable del hueso basilar y los tejidos que lo cubren. Esta -

preparación incluye, la eliminación de epulis con fisuras y cicatrices, corrección de hiperplasia inflamatoria reactiva del paladar, extensión del reborde y aumento del reborde en maxilar superior e inferior.

- El tejido blando atrapado entre la aleta de una prótesis ajustada y el hueso subyacente llevará a fibrosis tisular y cicatrización del surco, lo que se conoce como epulis de fisura, otra causa podría ser la oclusión traumática de los dientes naturales opuestos a una dentadura artificial.

La corrección de los epulis de fisura se logra cortando el pliegue, si es pequeño, o haciendo una disección submucósica cortante para desarrollar un colgajo y entonces hacer una disección submucósica de los tejidos de cicatrización, el colgajo se sutura al periestio a manera de no perder la altura vestibular.

En casos de cicatrización grave de herida por abulsión o ambos se debe cortar el epulis, se extienden el vestibulo supraperiosticamente y se coloca un injerto palatino mucosico libre.

- Hiperplasia papilar inflamatoria reactiva del paladar; - se asocia comunmente al uso prolongado de prótesis, mal ajustadas o a revestimiento o remodelación de la dentadura sobre una papilomatosis preexistente, así como a la higiene bucal inadecuada. La afección se reconoce como excrecencias enrojecidas nodulares o papilares, elevandose de la mucosa palatina, a veces se encuentra sobre el reborde y en los surcos bucal o labial.

- Extensión del reborde.- El objetivo de extender un reborde es descubrir quirúrgicamente hueso basal de los maxilares, volviendo a colocar la mucosa suprayacente, inserciones musculares y músculo en una posición más baja en el maxilar inferior o más alta en el superior.

La ventaja resultante es poder acomodar una aleta mayor de la prótesis, contribuyendo así a lograr mayor estabilidad y retención de esta.

Procedimientos para maxilar superior:

- Vestíbulooplastia submucósica.- Se aconseja para pacientes con un reborde clínico y mucosa sana sobre el mismo, sin fibrosis submucósica, hiperplasia ni cicatrización excesiva.

- Vestíbulooplastia de epitelización secundaria.- Es el procedimiento de elección en pacientes con cicatrización excesiva o epulis de fisura en el surco, o que poseen cubierta de mucosa de buena calidad disponible pero sin altura suficiente.

Procedimientos para maxilar inferior:

- Vestíbulooplastia con injerto de mucosa bucal.- Está indicada en pacientes con surco obliterado por altas inserciones musculares, extensa cicatrización local, extensa atrofia ósea del maxilar inferior con los nervios mentoniano, emergiendo en la cresta del reborde, o con extensión del surco normal de canino a canino, resultado de la pérdida dental prematura causada por enfermedad periodontal.

- Vestíbulooplastia con injerto de piel bucal y descenso completo del piso de la boca.- El maxilar inferior atrófico pero no demasiado delgado, con buccinador, frenillo e inserciones milohioideas altas, cubiertas por mucosa no queratinizada, delgada, atrófica y móvil.

En casos en que la atrofia o lesión de los maxilares haya sido tal que, aunque se ha logrado extensión de reborde máxima por medio de sulcoplastia, el reborde sea aún inadecuado para dar margen a la prótesis funcional, habrá de pensarse en realizar procedimientos

que aumenten el reborde, tradicionalmente se han usado para aumentar la altura de los maxilares la cresta del hueso iliaco y las costillas, pero más recientemente Boyne ha descrito un método de regeneración ósea, en que se usa una bandeja de malla de Vitalio conteniendo médula de hueso hemopoyético, incluido en un filtro Millipore reforzado con nylon, el filtro parece favorecer la generación ósea en el lugar quirúrgico con exclusión de elementos celulares de tejido conectivo del defecto en donde se desee curación ósea.

Los procedimientos antes descritos, pueden ser utilizados para la preparación quirúrgica del paciente, ya sea total o parcialmente desdentado, para dar así un buen funcionamiento en el uso de cualquier tipo de prótesis, ya sea fija, removible, total o inmediata.

B I B L I O G R A F I A C A P I T U L O V I I

- Sharry John: PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA, 1a. edición, Editorial Toray S.A., Barcelona España 1977 pág. 50-58, 100-130, 142-150.
- Winkler Sheldon: PROSTODONCIA TOTAL, 1a. Edición Editorial Interamericana, México 1982 pág. 70-88, 135-143.
- Steffel Davis: PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE SEGUN MC CRAKEN, 1a. -- edición, Editorial Mundi SAIC y F Buenos Aires Argentina 1974 - - pág. 78-92.
- J. Dunn Martin: FARMACOLOGIA ANALGESIA, TECNICAS DE ESTERILIZACION Y CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA DENTAL, 1a. edición, Editorial El Manual Moderno S. A. México 1980 pág. 185-193, 195-203.
- Ries Centeno Guillermo: CIRUGIA BUCAL, 8a. edición, Editorial - - El Ateneo; Buenos Aires Argentina 1980, pág. 413-466.
- Kruger Gustav: TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, 4a. edición, Editorial-- Interamericana, México 1980 pág. 100-180, 193-201.
- Costich R. Emmet, P. White Raymundo: CIRUGIA BUCAL, 1a. edición, 7 Editorial Interamericana, México 1974 pág. 91-135, 190-195.

C A P I T U L O V I I I**C O N S I D E R A C I O N E S P R O T E S I C A S**

INTRODUCCION.

Debido a la extensa variedad de combinaciones de dientes -- perdidos y remanentes, de las numerosas clases de aparatos protéticos disponible y la diversidad de requerimientos individuales, la elección de la prótesis más adecuada puede ser a menudo un proceso -- extraordinariamente complejo; tanto para el paciente que hará uso de ella por vez primera como por el paciente que ha tenido experiencias previas en el uso de prótesis.

De cualquier manera deberemos tomar en cuenta las consideraciones que las especialidades odontológicas establecen como necesarias para la implementación de un tratamiento protésico, tomando en cuenta adicionalmente, las condiciones elementales de los diferentes tipos de prótesis que pueden ser utilizados dependiendo de las necesidades que se presenten en cualquiera de estos tipos de pacientes.

ESCALA DE DESDENTAMIENTO.

Para elegir las prótesis o la combinación de ellas más adecuada, debe situarse al paciente dentro de una escala, la cual representa en uno de sus extremos una boca totalmente desdentada y en el otro una boca con todos los dientes naturales. En la escala se representan entre estos dos extremos, diversas etapas de desdentamiento -- que requiera prótesis parcial fija, prótesis removible parcial o -- prótesis total.

La representación de la escala sería la siguiente:

ESCALA DE DESDENTAMIENTO

DENTICION NATURAL
COMPLETA

DESDENTAMIENTO
TOTAL

Ningún	Dentadura	Prótesis	Prótesis	Prótesis	Prótesis
Tratamiento	parcial	parcial	parciales	completas	completas
protético	fija	removible	removible	con	
			superior e	prótesis	
			inferior	parcial	
				removible	

FACTORES EXTRABUCALES QUE TIENEN RELACION
CON EL TIPO DE APARATO PROTETICO DESCRITO.

Existen numerosos factores que pueden tener importancia en la elaboración de una decisión en aceptar uno u otro tipo de prótesis, algunos de ellos relacionados directamente con las condiciones bucales y otros descritos más exactamente como factores extrabucales. Estos factores son:

- 1) La edad
- 2) El estado de salud general
- 3) El sexo
- 4) Las consideraciones socioeconómicas
- 5) Factores ocupacionales y
- 6) Deseos y la actitud del paciente.

Todos estos factores deben ser contemplados en la historia-clínica del paciente en la parte referente a los antecedentes personales no patológicos (mencionados en el Capítulo I).

CONDICIONES ELEMENTALES DE LA PROTESIS PARCIAL FIJA:

La prótesis fija es probablemente lo más cercano a la prótesis ideal, es pequeña por lo que raras veces se nota. Cuando se emplea el retenedor con corona completa, brinda gran protección contra la caries, la estética suele ser excelente y su fractura suele no ser un problema frecuente.

Se encuentra firmemente unida a los dientes y no se puede desplazar o estropear, por lo tanto, no tiene anclajes que se muevan sobre las superficies del diente durante los movimientos funcionales, evitándose el consiguiente desgaste de los órganos dentarios, por otra parte, debido a su estructura en la masticación, es ideal tomar en cuenta desde el punto de vista mecánico que las fuerzas ejercidas se dirigen principalmente a través del eje longitudinal de los pilares. Las principales desventajas que tiene la prótesis fija son las siguientes: Se deben realizar cortes extensos en los dientes, citas múltiples y prolongadas y un excesivo costo además de ser menos higiénica que la prótesis parcial removible.

Las indicaciones más importantes para la colocación de la prótesis fija son las siguientes:

Espacios cortos.- La prótesis parcial fija suele estar indicada en espacios unilaterales donde falta uno o dos dientes y además cuando la longitud de la brecha no es extensa.

Restitución de dientes anteriores.- En términos generales los dientes anteriores se restituyen en mejor forma con una prótesis fija.

Como férula.- En algunos casos puede emplearse para restaurar un espacio desdentado pequeño actuando como férula sobre los dientes en que van anclados protegiéndolos de fuerzas perjudiciales.

Pacientes incapacitados.- Bajo circunstancias similares el paciente con impedimento de importancia, tales como pérdida de un brazo, cumplirán en mejor forma sus necesidades con una prótesis parcial fija, que no requiere manipulación para ser introducida o retirada de la boca.

Trastornos nerviosos.- Tales como la epilepsia, que suelen predisponer al paciente a espasmos musculares no controlados. En este caso se les colocará una prótesis parcial fija por el peligro de que aspiren o traguen la prótesis removible durante alguna de las crisis convulsivas.

Satisfacción de la Ley de Ante.- Esta ley establece que para que la prótesis parcial fija esté apoyada correctamente debe existir una cantidad de ligamento parodontal alrededor del diente pilar, igual o mayor que la que rodea a los dientes que van a reemplazarse.

CONTRAINDICACIONES MAS IMPORTANTES DE LA PROTESIS FIJA.

Edad del paciente.- Pacientes de edad muy avanzada pueden tener disminuida la salud parodontal. Así como también pacientes de edades cortas en las cuales todavía no ha terminado de completar el crecimiento del maxilar y de la mandíbula.

Pacientes con oclusión anormal.- Cuando la oclusión es anormal, se producen fuerzas biológicamente adversas a los tejidos de soporte.

Tamaño de la raíz.- Una raíz cónica y pequeña disminuye la estabilidad del diente.

Espacios largos.- Debido a la sobrecarga que van a sufrir los dientes pilares, pueden comprometer la salud de éstos.

Pacientes diabéticos.- Aún y cuando se encuentren controlados los pacientes diabéticos sus mucosas y estructuras óseas bucales son susceptibles de alteraciones y en este caso una prótesis fija podría acelerar estos problemas, debido a la sobrecarga en los dientes y encías del paciente.

En pacientes con mala higiene oral.- Ya que el acumulación de la placa bacteriana va a provocar inflamación de las encías y puede llegar a afectar a los dientes pilares que sostienen la prótesis fija.

Con enfermedad paradontal.- Debido a que estos dientes tienen un pronóstico desfavorable para la prótesis fija.

CONDICIONES ELEMENTALES DE LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

En términos generales la prótesis parcial removible está indicada cuando no puede emplearse la fija o cuando ofrece ventajas bajo determinadas circunstancias. Las ventajas que esta prótesis brinda sobre la fija son las siguientes:

- 1) El menor número de citas que requiere.
- 2) La menor cantidad de instrumentación intrabucal necesaria.
- 3) Su bajo costo y
- 4) La posibilidad de una mejor higiene.

Las indicaciones más importantes son:

En extensiones distales.- Aunque un pónico pequeño puede apoyarse distalmente en la corona de un diente pilar terminal, la mayor parte de los espacios desdentados no se encuentran limitados en ambos extremos por diente como sucede con los pilares de un puente fijo por lo que se restauran con prótesis removible.

Espacios largos o pilares diferentes.- Cuando el espacio -- desdentado es tan extenso que no satisface la regla de Ante está indicada la prótesis parcial removible así como en los casos en que el espacio desdentado da la vuelta a la esquina del arco, por ejemplo - de premolar a incisivos.

Niños y adolescentes.- Está indicada en pacientes muy jóvenes en donde la cámara pulpar es por lo general amplia y por lo tanto vulnerable a daños por instrumentación.

Espacios bilaterales.- Cuando los dos lados de la prótesis-- se unen por medio de un conector encontrando además que el espacio - por restaurar de un lado y del otro es amplio.

Obturación de hendidura palatina.- Cuando existe una hendidura palatina que se comunica con la cavidad nasal puede cerrarse -- con la base de la dentadura o valiéndose del conector principal de la prótesis parcial removible.

Prótesis provisional.- Es ideal para el paciente que por la edad o por algún padecimiento general carece de vigor físico para -- sobrellevar el trauma operativo que produce las restauraciones fijas o la cirugía bucal que requiere una prótesis completa.

Pacientes diabéticos.- La prótesis produce menos daño a la mucosa de modo que la irritación es menos frecuente y grave como en los demás tipos de prótesis.

Pilares íntegros.- Hay pacientes inmunes a la caries, estos pacientes suelen oponerse a la mutilación de sus dientes solo para - que se les utilice como pilares en prótesis fija, en estos casos, -- la prótesis parcial removible es la indicada.

CONTRAINDICACIONES DE LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

- a) Brechas cortas
- b) Cuando los puentes fijos pueden mejorar la condición paradontal como ferulizadores
- c) Alteraciones mentales, epilepsias, etc.

CONDICIONES ELEMENTALES DE LA PROTESIS COMPLETA.

La prótesis total consiste en el reemplazamiento artificial, de la dentadura en los sujetos plenamente desdentados, que consta de dos prótesis, una para el maxilar superior y otra para la mandíbula, descansa sobre los procesos alveolares edentulos, y en los tejidos - próximos en cuanto unos y otros sean apropiados para satisfacer las exigencias implicadas; procurando la conservación de la salud, lo -- cual tiene por objeto restaurar masticación, estética, fonética, y - además deficiencias que provocan el desdentamiento. Las indicaciones mas importantes son:

Pilares deficientes.- La prótesis completa suele ser la prótesis de elección cuando los dientes remanentes, a pesar de estar en buen estado de salud, no constituyen pilares adecuados para sostener una prótesis parcial debido a pérdida ósea excesiva, movilidad o morfología deficiente.

Higiene bucal deficiente y caries rampante.- Cuando el paciente presenta caries rampante y muestra hábitos deficientes de - - higiene bucal, además de que no desea modificar su estado, la prótesis completa suele ser la más adecuada.

Dientes anteriores antiestéticos.- Cuando los dientes remanentes se encuentran en la parte anterior de la boca y debido a caries o malposición ofrecen aspecto poco agradable de modo que no - -

aceptan restauración, está indicada la prótesis total.

Negativa ante la preparación bucal.- Por motivos personales el paciente puede rehusarse a aceptar las modificaciones dentales ne cesarias para la prótesis parcial. Bajo estas circunstancias suele ser mas conveniente elaborar una prótesis completa que una parcial. Desde luego se debe hacer un esfuerzo por educar a ese tipo de pa- cientes exponiendo según sea el caso las ventajas del tratamiento -- que realmente está indicado. Sin embargo es el paciente quien debe -- tomar la decisión final.

Alineación incorrecta.- Cuando los escasos dientes restan- tes están alineados irregularmente y distribuidos en forma poco con- veniente en la arcada, la prótesis parcial queda sujeta a desniveles anárquicos; por lo que la prótesis de elección es la total.

RELACIONES INTERMAXILARES Y OCLUSION.

Es de gran importancia el llegar a conocer las característi cas generales de oclusión que deben ser consideradas para poder aumen tar las posibilidades de éxito o fracaso del tratamiento prótesisico - de elección, tomando en cuenta la relación intermaxilar existente -- en el paciente antes y después del tratamiento.

El objetivo del establecimiento de la oclusión para los -- tres tipos de prótesis (parcial removible, parcial fija, y total) es el mismo; crear una relación con respecto a los dientes opuestos, - que armonise con los movimientos mandibulares con el fin de propor- cionar al paciente un mecanismo masticatorio que sea al mismo tiempo eficaz, cómodo y estéticamente agradable. La oclusión armoniosa con- tribuirá notablemente a la regulación de daños y fuerzas que soporte la prótesis, la oclusión deficiente combinará los efectos destructivos de dichas fuerzas.

Una prótesis con oclusión armoniosa es aquella en la cual -- las fuerzas funcionales se distribuyen entre todos los dientes que - ocluyen, y no existen en ella contactos deflectivos al moverse la --

mandíbula durante el ciclo masticatorio, ni al colocarse en relación intercuspeada.

Si la dimensión vertical de oclusión es excesiva el resultado puede ser cansancio muscular e irritación de la mucosa acompañados por una rápida resorción ósea. Si es muy pequeña suele perderse la eficacia y con frecuencia origina una apariencia de desequilibrio facial pudiendo existir síntomas en la articulación temporomandibular. La dimensión vertical se encuentra en relación íntima con la relación horizontal; ambas deben ser determinadas en forma exacta, si se desea que el paciente recupere su eficacia masticatoria inicial.

Por otra parte el término "dimensión vertical" se emplea -- para designar una medida vertical de la cara entre dos puntos arbitrarios uno por encima y el otro por debajo de la boca; existen dos tipos de dimensiones verticales :

1) Dimensión vertical de oclusión.- Constituida por la dimensión vertical de la cara cuando los dientes se encuentran en contacto.

2) Dimensión vertical de descanso.- Formada por la dimensión vertical de la cara, cuando los dientes se encuentran separados y la mandíbula en posición de descanso.

A la diferencia entre estas dos dimensiones se le conoce como el espacio interoclusal o espacio libre que suele ser aproximadamente de 2 a 4 mm.

RELACIONES HORIZONTALES.

Una vez determinada la relación vertical de la mandíbula -- y los maxilares, es necesario establecer la relación horizontal adecuada. Existen dos relaciones horizontales importantes para el establecimiento de la oclusión:

1) Relación céntrica, y

2) Oclusión céntrica

Relación Céntrica.- Es la posición más posterior, superior y media del cóndilo en la cavidad glenoidea, es una relación ósea; - se mantiene constante a través de la vida, excepto en el caso de - - traumatismo o inflamación de la articulación temporomandibular.

Oclusión Céntrica.- Es la relación intermaxilar en la cual existe mayor contacto intercuspideo entre los dientes, es una relación diente a diente.

RELACION ENTRE OCLUSION CENTRICA Y RELACION CENTRICA.

En la oclusión ideal la relación céntrica y la oclusión céntrica coinciden, Es decir, cuando las arcadas se encuentran en posición de relación céntrica, los dientes, al mismo tiempo se encuentran en posición de oclusión céntrica. Por desgracia estas dos entidades clínicas coinciden raras veces en la dentición natural.

FACTORES DE OCLUSION.

Existen dos tipos de factores de la oclusión:

- 1) Los factores de oclusión fijos e inalterables que son:
 - a) La armonía de las arcadas
 - b) Relación Céntrica
 - c) Eje intercondilar
 - d) Curvaturas de las trayectorias condíleas
 - e) Angulo de la eminencia articular
 - f) Transtrusión.

Estos factores no pueden ser modificados por el operador, - a menos de que este, utilice procedimientos quirúrgicos o que realice una expansión ortopédica en el maxilar superior; y

2) Los factores de oclusión modificables que son:

- a) Inclinação del plano oclusal
- b) Curvatura anteroposterior
- c) Curvatura transversa
- d) Características de las cúspides
- e) Relaciones dento-labiales
- f) Sobremordida vertical y horizontal.

IMPORTANCIA DEL CRITERIO CLINICO CORRECTO.

La elección incorrecta en la prescripción del tipo del aparato protético, además de revelar un juicio clínico deficiente, puede constituir un perjuicio grave para el paciente que se encuentra - a expensas del criterio clínico del dentista para la conservación de su salud bucal.

No importa cuan minucioso haya sido el tratamiento equivocado, el hecho es que no es el correcto. Por ello, es sumamente necesario reunir todos los datos importantes y poner en juicio el criterio clínico más adecuado en la prescripción del aparato protético que -- servirá mejor al paciente por más tiempo.

Por último para poder establecer que se eligió el criterio- adecuado, la prótesis que se haya elegido debe de reunir tres características principales que son:

- 1) El soporte
- 2) La estabilidad y
- 3) La retención.

Para poder lograr un equilibrio funcional y estético que re en la salud oral y general del paciente.

B I B L I O G R A F I A C A P I T U L O V I I I .

- Ramfjord P Sigurd: OCLUSION, 2a. edición, Editorial Interamericana México 1972 pág. 58-70, 85-100.
- Baum L, Phillips R. W, Laund M.R.: TRATADO DE OPERATORIA DENTAL, 1a. edición, Editorial Interamericana México 1984 pág. 51-80, - - 90-95.
- Miller Ernest: PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE, 1a. edición, Editorial Interamericana, México 1975 pág. 1-30, 35-50.
- Material de apoyo mimeografiado. PROTESIS PARCIAL FIJA, elaborado por C.D. Patricia O. Uribe, C.D. Ma. Teresa Saldaña O.C.D.E. Jorge A. Rojas, C.D. Lucía A. Ayala Villaseñor. ENEP ZARAGOZA Mayo - 1983.
- Y. Osawa Deguchi José: PROSTODONCIA TOTAL, 5a. edición, Editorial UNAM, Ciudad Universitaria 1984 pág. 5-48, 50-99.
- Material de apoyo mimeografiado. PROTESIS TOTAL, Módulo de Teoría Odontológica V. elaborado por C.D. Rosaura Rosas Vargas. ENEP ZARAGOZA 1982-II.

RESULTADOS, CONCLUSIONES Y

PROPUESTAS

(POR CAPITULOS)

CAPITULO I

RESULTADOS.

A través del tiempo la Semiología y la propedéutica han sido utilizadas en la práctica médica, y es hasta tiempos más recientes que se ha logrado que éstas sean definidas como auxiliares de la Odontología.

La Semiología es un disciplina que se ocupa del estudio de los signos y síntomas de las enfermedades; la propedéutica clínica es aquella que estudia las causas e interpretación patológica de los diversos signos y síntomas hallados, con el fin de establecer un diagnóstico de presunción y así llegar a un diagnóstico certero.

El estudio clínico es definido como la aplicación de un conjunto de procedimientos que se efectúan para obtener información acerca del estado de salud de un individuo, utilizando para ello una historia clínica la cual nos ofrece un formato ideal para registrar todos los antecedentes y datos de un paciente, determinando así mismo sus necesidades, planes de tratamiento y evolución.

CONCLUSIONES.

Se ha observado que desde tiempos ancestrales ha habido una evolución en la forma de atender a los pacientes, ésto en un principio se realizaba en forma totalmente desorganizada atendiendo solo a apariencias físicas o a las referencias que los mismos pacientes daban.

En la mayoría de los casos toda ésta información se perdía ya que en ese momento no había forma de registrarlo, por lo que se hizo necesaria la elaboración de auxiliares que permitieran que esa información tuviera una mejor interpretación y que al mismo tiempo sirviera como antecedente en la aparición de alguna otra enfermedad,

y es debido a esto que tanto la Semiología como la Propedéutica surgen como tales, la primera atendiendo al estudio de los signos y síntomas de las enfermedades, complementándose con la segunda, la cual estudia las causas que dieron origen a la enfermedad mediante la interpretación de los datos obtenidos por la Semiología.

A partir de aquí, y con el tiempo, se fueron perfeccionando las técnicas de reconocimiento de las enfermedades, lográndose incrementar las posibilidades de establecer diagnósticos más certeros. Es en este momento en donde la Odontología toma de cada una de ellas - sus métodos, técnicas e interpretaciones para establecer sus diagnósticos auxiliándose de modelos de registro de información tales como el expediente clínico, ofreciendo por medio de la historia clínica - un registro para la interpretación de todos los datos de un paciente.

PROPUESTAS.

Que todo cirujano dentista debe tener conocimiento y realizar correctamente una historia clínica, así como manejar adecuadamente los métodos y técnicas que la Propedéutica clínica, y la Semiología nos aportan.

Es importante para todo Cirujano Dentista investigar mas -- ampliamente acerca de métodos y técnicas nuevos que nos ayuden a la obtención de diagnósticos más acertados.

Que todo Cirujano Dentista maneje y tenga siempre presente la utilización de una historia clínica que nos aporte datos concretos para que nos ayuden a detectar cualquier problema y así poder -- darle una correcta interpretación y solución.

CAPITULO II

RESULTADOS.

La higiene oral es uno de los factores mas importantes que debe ser tomado en cuenta previamente a la indicación de cualquier tratamiento que requiera la cavidad oral.

Dentro de las acciones mas importantes se destaca el cepillado dental como factor de desorganización en la formación de la placa dento-bacteriana, debido a que por la acción mecánica del cepillo dental y aunado a una técnica correcta ayuda a evitar la formación de la misma. Esta placa dento-bacteriana es tomada como un factor etiológico principal de caries y enfermedad parodontal, las cuales pueden principalmente dificultar la indicación de un tratamiento protésico.

Por otra parte el uso de los diferentes accesorios de limpieza aunados con el cepillado dental ayuda a la prevención de diferentes enfermedades de los dientes y de tejidos blandos.

CONCLUSIONES.

Se debe inducir al paciente a realizar un control de higiene oral previo y posterior a la implementación de cualquier tratamiento con lo cual se evitará al máximo la formación de placa dental, teniendo lo anterior una gran importancia ya que con esto lograremos que el tratamiento a realizar o ya realizado tenga posibilidades de ofrecer sus ventajas al máximo durante más tiempo.

PROPUESTAS.

Establecer en la práctica diaria con los pacientes un diagnóstico de higiene oral para determinar las condiciones que en ese momento presenten y motivarlos a que sigan un control de higiene oral antes y después de cualquier tratamiento que se efectúe en Odontología.

CAPITULO III

RESULTADOS

Es de gran importancia conocer las características de los materiales y los tipos de restauraciones utilizados en operatoria dental, así como las técnicas de manipulación y dosificación de cada una de éstas, relacionando las ventajas que dichos materiales y tipos de restauraciones ofrecen para poder restituir la función o funciones perdidas por la pieza o piezas dentarias a tratar obteniendo a nivel general la restitución de las funciones perdidas en la cavidad oral.

CONCLUSIONES.

De la forma en que se le dé importancia a la manipulación y dosificación, primero, de los materiales dentales y segundo de la forma en como se encuentren aplicados dentro de la cavidad oral, tomando en cuenta que dichos materiales sean los indicados, aumentarán las posibilidades de éxito de los tratamientos en operatoria dental que el paciente requiera.

PROPUESTAS.

El Cirujano Dentista conozca mas a fondo las propiedades, ventajas y desventajas, así como las técnicas de manipulación y aplicación de los diferentes materiales de restauración utilizados en operatoria dental, para poder elegir cual de ellos es el que puede beneficiar más al paciente que así lo requiera; así mismo poner más atención a las restauraciones anteriormente realizadas en él, discriminando si son de utilidad en ese momento o nó, y que en el caso de que tengan que ser cambiadas se utilicen en ese paciente los materiales indicados para lograr restaurar a nivel general de operatoria las funciones y poder continuar en caso necesario con cualquier otro tratamiento que esté indicado realizar.

CAPITULO IV

RESULTADOS.

Antes de implementar en un paciente un tratamiento endodóntico se debe conocer la anatomía y la fisiología de los órganos dentarios, relacionarlas con problemas como la caries y otras enfermedades pulpares que los afectan, así mismo poder observar si estos dientes pueden ser tomados en cuenta en cualquier tratamiento dental.

CONCLUSIONES.

Cada grupo de dientes (incisivos, caninos, premolares y molares) tienen diferentes funciones y formas, tanto en lo exterior -- como en lo interior, principalmente en sus cámaras pulpares, esto -- implica que deben ser estudiadas con detalle, anatómica y fisiológicamente; esto nos lleva a conocer si estos dientes pueden ser tratados con técnicas convencionales o si se da el caso de realizar dentro de la técnica las modificaciones que sean pertinentes dependiendo del -- tratamiento indicado con el que serán restaurados dichos dientes.

PROPUESTAS.

Infundir en el paciente el hecho de que un tratamiento endodóntico es aquél en el que se busca mantener en función al diente o grupo de dientes que servirán de una u otra forma para poder restablecer las funciones perdidas.

CAPITULO V

RESULTADOS.

No en todos los casos es posible conservar los órganos dentarios afectados por alguna enfermedad o problema de cualquier tipo-- por lo que en estos casos la exodoncia o extracción dentaria es necesaria, por lo que es importante conocer todos los principios básicos que la misma exodoncia tiene para establecer o no la indicación de-- una extracción dentaria que pueda beneficiar o facilitar el o los -- tratamientos indicados.

CONCLUSIONES.

El manejo correcto de la técnica exodontica, así como el -- uso del criterio adecuado de tomar a la extracción dental como último recurso en el tratamiento dental, restituirá en que se podrá con-- tar con mas piezas dentales dentro del arco y que podrán ser utiliza-- das en los tratamientos protésicos indicados.

PROPUESTAS.

Realizar en la práctica diaria un adecuado examen de las -- piezas dentarias que puedan ser candidatas seguras a ser extraídas,-- observando su disponibilidad a ser utilizadas o no al implementar -- cualquier tratamiento.

CAPITULO VI

RESULTADOS.

La enfermedad parodontal es una de las causas principales - de la pérdida de dientes, afecta de manera importante a las estructuras que rodean al diente mismo.

CONCLUSIONES.

De la forma en que la enfermedad gingival y parodontal sean prevenidas o tratadas con oportunidad, el tratamiento protesico o -- cualquier otro tipo de tratamiento ofrecerá las ventajas que de el - sean esperadas.

PROPUESTAS.

Profundizar en el conocimiento acerca de la fisiología y - morfología de las estructuras gingivales y parodontales, así como de sus enfermedades principales, con el objeto de poder detectarlas - - oportunamente y evitar que se conviertan en contraindicaciones de - cualquier tratamiento.

CAPITULO VII

RESULTADOS.

A partir del diagnóstico inicial se discriminará si es o no necesario llevar a cabo uno o mas de los diferentes procedimientos quirúrgicos pertinentes, y así poder modificar las condiciones que presente el paciente, previas al tratamiento que se desee implementar.

CONCLUSIONES.

El discriminar de acuerdo al problema que un paciente presente, previo a la colocación de la prótesis indicada, entre la realización previa de un tratamiento quirúrgico o la colocación inmediata de la prótesis, determinará el éxito o fracaso del tratamiento protésico de elección.

PROPUESTAS.

Manejar teórica y practicamente la mayoría de los tratamientos pre-protésicos con el objeto de poder ofrecer una solución adecuada al paciente previa a la colocación de una prótesis.

CAPITULO VIII

RESULTADOS.

Es indispensable el conocimiento de las características y condiciones elementales de los diferentes tipos de prótesis existentes y de uso mas generalizado, así como sus ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones y establecer si pueden ser colocados o no en la cavidad oral.

CONCLUSIONES.

El conocimiento de las características generales de los tipos de prótesis existentes y su relación con las condiciones que presente la cavidad oral del paciente, así como el criterio del Cirujano Dentista dará como resultado la indicación de la prótesis adecuada y así satisfacer las funciones perdidas del paciente debidas a la pérdida dental.

PROPUESTAS.

Integrar en la práctica diaria un estudio detallado de las condiciones generales que guarda el paciente desde el punto de vista de las necesidades odontológicas, no solo considerando sus necesidades protésicas sino considerando también la restauración en general de sus funciones dentro de un contexto bio-psico-social.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Mc Carthy Frank M: EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA, 3a. edición, Editorial El Ateneo; Buenos Aires Argentina 1951.
- J. Dunn Martin, Booth Don Id: FARMACOLOGIA ANALGESIA, TECNICAS -- DE ESTERILIZACION Y CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA DENTAL, 1a. edición, Editorial Manual Moderno, S.A.; México 1950.
- Schaposnik Fidel: SEMIOLOGIA, 1a. edición, Editorial El Ateneo, - Buenos Aires Argentina 1978.
- Material de apoyo mimeografiado correspondiente al segundo semestre: ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO, UNIDAD II ENEP ZARAGOZA - - 1980.
- Delp Mahlon A, T Manning Robert: PROPEDEUTICA MEDICA, 8a. edición Editorial Interamericana, México 1977.
- Jeigle Hector: SEMIOLOGIA DE LA BOCA, 1a. edición, Editorial - - Cultural S.A., La Habana Cuba 1979.
- Standish Mitchell: PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA, 2a. edición, Editorial Interamericana; México 1973.
- Finn B, Sidney: ODONTOLOGIA PEDIATRICA, 4a. edición, Editorial -- Interamericana; México 1976.
- Glickman I: PERIODONTOLOGIA CLINICA, 4a. edición, Editorial Interamericana, México 1974.

- ODONTOLOGIA PREVENTIVA (Para Cirujanos Dentistas en servicio social) elaborado por la Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva del IMSS, Clínica No. 31 IMSS, México 1983.
- Forrest O John: ODONTOLOGIA PREVENTIVA, 2a. edición, Editorial Interamericana, México 1983.
- Katz Mc Donald: ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION, 3a. edición, Editorial Panamericana; México 1983.
- Phillips Ralph W: CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES, 7a. edición, Editorial Interamericana; México 1976.
- Baun Lloyd: REHABILITACION BUCAL, 1a. edición, Editorial Interamericana, México 1977.
- O'Brien William J. MATERIALES DENTALES Y SU SELECCION, 1a. edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires Argentina 1980.
- Gilmore H. William: ODONTOLOGIA OPERATORIA, 2a. edición Editorial Interamericana, México 1976.
- Morris L. Alvin, Bohannon M. Harry: LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRACTICA GENERAL, 3a. edición, Editorial Labor, S.A., España 1978.
- A Kerr Donald, Ash Major M. Millard H. Dean: DIAGNOSTICO BUCAL, 1a. edición, Editorial Mundi S.A.I.C. y F. Buenos Aires Argentina 1976.
- Harty F.J.: ENDODONCIA EN LA PRACTICA CLINICA, 1a. edición, Editorial Manual Moderno, México 1979.

- Lisola Angel: ENDODONCIA, 2a. edición, Editorial CROMOTIP CA; Venezuela 1971.
- Chasteen E. Joseph: PRINCIPIOS DE CLINICA ODONTOLOGICA, 1a. edición Editorial Manual Moderno; México 1982.
- Maisto A Oscar: ENDODONCIA, 3a. edición, Editorial Mundi, S.A., - Buenos Aires, Argentina 1978.
- Material de apoyo mimeografiado. TERAPIA PULPAR I, para tercer semestre, elaborado por: C.D. Elizabeth Guinea Medina, C.D. Adalberto Lara Morales, C.D. Roberto Silva M. ENEP ZARAGOZA 1984..
- Material de apoyo. TERAPIA PULPAR II, para cuarto semestre elaborado por: C.D. Laura E. Pérez Flores, editado por la ENEP ZARAGOZA 1982.
- Franklin Weine: TERAPEUTICA ENDODONTICA, 1a. edición, Editorial - Interamericana, Buenos Aires Argentina 1976.
- Howe Geoffrey: LA EXTRACCION DENTAL, 1a. edición Editorial El Manual Moderno, S.A.; México 1979.
- Meyers George: PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES, 6a. edición, Editorial Labor, S.A., Barcelona España 1979.
- Starshak Tomas J: CIRUGIA PREPROTESICA, 3a. edición, editorial -- Mundi, SAIC y F; Buenos Aires Argentina 1974.
- Paculak: CONCEPTOS ESENCIALES DE PERIODONCIA, 1a. edición, Editorial Mundi SAIC y F; México 1978.

- W. Chaikin Richard: ELEMENTS OF SURGICAL TREATMENT IN THE DELIVERY OF PERIODONTAL THERAPY, 1st. edition. Quintessence Books, -- Dallas 1977.
- Dr. Antonio Lomelin Aragón: PROTESIS CON EXITO, revista Práctica-Odontológica, Vol. 5 número 7 Agosto 1984.
- Sharry John: PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA, 1a. edición, Editorial Toray S.A., Barcelona España 1977.
- Winkler Sheldon: PROSTODONCIA TOTAL, 1a. edición, Editorial Interamericana, México 1982.
- Steffel Davis: PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE SEGUN MC CRAKEN, 1a. -- edición Editorial Mundi SAIC y F Buenos Aires Argentina 1974.
- Ries Centeno Guillermo: CIRUGIA BUCAL, 3a. edición, Editorial El-Ateneo; Buenos Aires Argentina 1980.
- Kruger Gustav: TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, 4a. edición, Editorial - Interamericana, México 1980.
- Costich R. Emmet, P. White Raymundo: CIRUGIA BUCAL, 1a. edición, - Editorial Interamericana, México 1974.
- Ramfjord P. Sigurd: OCLUSION, 2a. edición, Editorial Interamericana México 1972.
- Baum L. Phillips R. W, Laund M. R.: TRATADO DE OPERATORIA DENTAL, 1a. edición, Editorial Interamericana México 1984.

- Miller Ernest: PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE, 1a. edición, Editorial Interamericana, México 1975.

- Material de apoyo mimeografiado. PROTESIS PARCIAL FIJA, elaborado por C.D. Patricia O. Uribe, C.D. Ma. Teresa Saldaña O, C.D. E. -- Jorge A. Rojas, C.D. Lucía A. Ayala Villaseñor. ENEP ZARAGOZA - - Mayo 1983.

- Y. Osawa Deguchi José: PROSTODONCIA TOTAL, 5a. edición Editorial-UNAM, Ciudad Universitaria 1984.

- Material de apoyo mimeografiado. PROTESIS TOTAL, Módulo de Teoría Odontológica V, elaborado por C.D. Rosaura Rosas Vargas. ENEP ZARAGOZA 1982-II.