

418
29°

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**MANTENIMIENTO DE LA PROTESIS
FIJA Y PRESERVACION DE LOS
TEJIDOS DE SOPORTE**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

MARIANA SILVA ROMERO

Asesora:

C.D. RINA FEINGOLD STEINER



FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

MEXICO, D.F.

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**MANTENIMIENTO DE LA PROTESIS
FIJA Y PRESERVACION DE LOS
TEJIDOS DE SOPORTE**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

MARIANA SILVA ROMERO

Asesora:

C.D. RINA FEINGOLD STEINER



FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

MEXICO, D.F.

1996

AGRADECIMIENTOS

- A Pharis, mi esposo, por motivarme tanto a ser cada día mejor y valorarme tanto.

- A mi hijo quien ha sido la inspiración para mi superación personal.

- A mi familia que me han apoyado tanto en todas mis decisiones.
Son un verdadero ejemplo a seguir.

- A la Dra. Rina por su buena disposición para ayudarme siempre.

GRACIAS.

**MANTENIMIENTO DE LA PROTESIS
FIJA Y PRESERVACION DE LOS
TEJIDOS DE SOPORTE**

INDICE

INTRODUCCION

I.- Factores generales para el éxito de una prótesis fija	1
a) Preparaciones	3
b) Laboratorio	9
c) Colocaciòn	13
d) Mantenimiento	16
II.- Enfermedad periodontal	18
a) Definiçión	18
b) La protesis como factor predisponente a la acumulaciòn de placa	22
c) Importancia de la higiene para un tratamiento protèsico	23
III.- Eliminaciòn de placa en general	25
a) Cepillado	25
b) Hilo dental	27
c) Irrigadores dentales	28
d) Estimuladores interdentes	28
e) Palillos	29

IV.- Eliminación de placa en personas portadoras de prótesis	30
a) Enhebradores de hilo	30
b) Cepillos interproximales	31
V.- Agentes químicos	32
a) Pasta dental	32
b) Enjuague bucal	32
c) Reveladores	33

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La causa más frecuente de la pérdida de dientes es la enfermedad periodontal y ésta es causada principalmente por una higiene deficiente o por restauraciones mal ajustadas o mal diseñadas.

Para evitar la elaboración incorrecta de una prótesis fija es de suma importancia hacer un diagnóstico con la ayuda de radiografías periapicales, panorámica, modelos de estudio y examen clínico para llegar a un buen plan de tratamiento.

Al hacer la preparación del diente es importante conocer y manejar los principios de tallado con el objeto de conservar sanos los tejidos de soporte y mantenerlos el mayor tiempo posible en la cavidad oral.

El modelo de trabajo debe ser lo más fiel posible. El cirujano dentista deberá diseñar la prótesis y mandarle indicaciones precisas al técnico dental para que éste la elabore adecuadamente.

Cada prueba de la prótesis en la boca del paciente debe hacerse cuidadosamente, para restablecer o restituir el aparato masticatorio de una manera funcional y estética. Se observará el ajuste de los metales sobre las paredes de la preparación, la oclusión y el contorno en la prueba con el cuerpo de la porcelana.

La enseñanza del cirujano dentista al paciente sobre la higiene bucal es un factor de mucho peso para el éxito del tratamiento restaurativo. El paciente deberá aprender a utilizar diferentes instrumentos para llegar a las zonas de la prótesis que, con el cepillado normal no alcanza. También deberá concientizarlo de que si no tiene una excelente salud de los tejidos de soporte puede llegar a tener enfermedad periodontal severa.

CAPITULO 1

FACTORES GENERALES PARA EL EXITO DE UNA PROTESIS FIJA

La boca es una de las partes del organismo que influye en la salud de toda la persona. Es fácil darse cuenta de su importancia si se considera que los dientes en mal estado significa una trituración incorrecta de los alimentos, lo que origina una digestión inadecuada, la cual a su vez afecta la nutrición del individuo.

Los dientes se pierden por diferentes causas, de las mas comunes son: la caries dental, la enfermedad periodontal y las lesiones traumáticas. Los dientes perdidos deben ser sustituidos tan pronto como sea posible si se quiere mantener la salud bucal a lo largo de la vida del individuo.

Se pueden sustituir por medio de prótesis fija que está unida a los dientes de soporte y el paciente no se la puede retirar, o por prótesis removible que va anclado a los dientes por medio de ganchos que permiten que la prótesis sea removida de la boca del paciente.

La construcción de una prótesis es parte de un plan de tratamiento completo que abarque toda la boca y contribuya a la salud general del paciente.

Para llegar a un buen plan de tratamiento se debe hacer un buen diagnóstico, para esto se necesitan una serie de estudios que deberán ser analizados cuidadosamente.

Después de elaborar la historia médica y dental se procede a tomar una serie completa de radiografías donde se encontrará la altura y densidad del hueso alveolar y la longitud, número y tamaño de las raíces de los dientes que serán factores decisivos para la elección de un diente pilar; la relación corona-raíz se considera de acuerdo con la extensión del soporte periodontal efectivo; debe ser mínimo de 1:1 considerando también el examen clínico. También se observarán los dientes tratados endodónticamente, si hay alguna infección periapical o periodontal con una bolsa que afecte el soporte de la prótesis.

En el examen clínico se observará la vitalidad, sensibilidad de los dientes, sintomatología a la percusión, movilidad dentaria, caries, relaciones oclusales, clasificación de Angle, movimientos de lateralidad derecho e izquierda , protrusión y retrusión, tonos en los dientes , línea labial y línea de la sonrisa para la elección y preparación de la prótesis.

Los modelos de estudio es un medio de diagnóstico muy valioso. Deben ser estudiados en un articulador semiajustable el cual nos reproducirá los movimientos del paciente. En el análisis de la oclusión se observarán las relaciones cúspide-fosa, si hay alguna alteración en la oclusión, alguna interferencia que impida los movimientos mandibulares y conocer los movimientos funcionales del paciente para que la prótesis se adapte a ellos.

a) PREPARACION

Una vez que se han elegido los dientes pilares que soportarán a la prótesis fija, se hace el desgaste del diente. Existen cuatro principios de tallado que determinan el diseño de las restauraciones:

1.- Preservado de la estructura dentaria.

La restauración debe reemplazar las estructuras dentarias perdidas o preservar lo que queda de ellas. Las superficies intactas del diente que no sea preciso tocar para lograr una restauración sólida y retentiva, deben conservarse. Para esto es preciso utilizar las fresas adecuadas para ser lo más conservadores posibles.

Durante la preparación es muy importante que con el fresado no se dañen los dientes adyacentes; esto pasa frecuentemente cuando se hace la reducción axial, para evitarlo, se puede eliminar el punto de contacto con un disco o con una fresa en punta de lápiz muy delgada.

2.- Retención y estabilidad.

La retención evita la movilización de la restauración a lo largo de su eje de inserción. La estabilidad evita la dislocación de la restauración por fuerzas oblicuas en dirección apical, e impide cualquier movimiento de la restauración sometida a fuerzas oclusales.

Las preparaciones para una prótesis fija deben tener suficiente retención para que no dependa únicamente del medio cementante sino también de la fricción de las paredes de la preparación con la parte interna del retenedor.

La retención depende de la inclinación de las paredes de la preparación; deben ser lo más paralelas posible o muy ligeramente cónicas; la ideal es de 3° , porque no dejaría fluir el cemento a través de la corona y para que la prótesis pueda entrar y salir con facilidad y que tenga un eje de inserción logrado por medio del paralelismo de las paredes entre sí. La retención también depende de la longitud de la preparación, cuanto mayor es la longitud de las paredes, más retentiva será la corona; cuanto más corta sea la corona clínica, más paralela debe ser la inclinación de las paredes.

3.- Solidez estructural.

El tallado debe ser suficiente para que la restauración tenga el grosor necesario para resistir las fuerzas de la oclusión.

El espacio interoclusal debe tener un grosor de 1.5 a 2 mm para que el retenedor tenga suficiente espesor y la resistencia adecuada para que no ocurran distorsiones. Las guías oclusales, cajas y ranuras proximales son buenas alternativas para lograr este fin.

El tallado oclusal no debe ser plano sino siguiendo la morfología del diente biselando la cúspide funcional. La reducción axial debe ser suficiente y homogénea para obtener una buena restauración.

4.- Perfección de los márgenes.

La restauración únicamente puede sobrevivir en el medio ambiente biológico de la cavidad oral, si sus márgenes están perfectamente adaptados a la línea de terminación del tallado. La configuración de la línea de terminación dicta la forma y grosor de la restauración. Cuanto más pequeño o más agudo es el ángulo del margen, mas pequeña será la distancia entre el margen de la restauración y el diente; esta distancia es la que ocupará el cemento por lo que debe ser lo más pequeño posible.

Los márgenes gingivales de la preparación varían, principalmente, dependiendo de los materiales de la restauración.

Filo de cuchillo.- Es un margen agudo que se hace con la utilización de una fresa muy delgada en punta de lápiz.

Ventaja.- Conservación de la estructura dental.

Desventaja.- No proporciona suficiente volumen por lo que el metal se puede distorcionar. No queda una línea bien definida por lo que es difícil la toma de impresión.

Indicación.- En la cara lingual de los dientes posteriores inferiores y en dientes con superficies axiales sumamente convexas.

Chañal curvo.- Se logra con una fresa diamantada de punta cónica.

El margen queda curvo y con espacio suficiente para el metal.

Ventaja.- Margen diferenciado, volumen adecuado del material restaurador, fácil de controlar.

Desventaja.- Necesita precaución para no tallar demasiado de manera que quede un ángulo de 90°.

Indicación.- Restauraciones de metal colado, margen lingual de coronas de metal cerámica.

Hombro.- Se hace con una fresa de punta plana y queda una repisa ancha que proporciona resistencia de las fuerzas oclusales.

Ventaja.- Volumen del material restaurador.

Desventaja.- Menos conservador de la estructura dental. Queda una mayor distancia entre el diente y la restauración.

Indicación.- Margen vestibular de coronas de metal cerámica, coronas cerámica total.

Hombro con bisel.- Es una modificación de la terminación de hombro, en ésta se bisela el ángulo del hombro.

Ventaja.- Volumen de material, menor espacio entre el diente y la restauración gracias al bisel.

Desventaja.- menos conservador, extiende la preparación apicalmente.

Indicación.- margen vestibular de corona metal-cerámica posterior con margen supragingival.

El cirujano dentista debe seguir éstos cuatro principios para lograr una buena preparación de los dientes pilares sin dañar los tejidos de soporte y obtener así una buena prótesis funcional y estética.

b) LABORATORIO

El laboratorista debe conocer los componentes de la prótesis y saber sus características y requisitos para que no cause ninguna patología cuando el cirujano dentista la coloque en la boca de su paciente.

Una prótesis fija está compuesta de retenedores, conectores y pónico (s).

1.- El retenedor es la restauración que une al diente pilar con la prótesis. Los requisitos que debe cumplir son:

Buena retención para que éste pueda resistir las fuerzas de la masticación y no sea desplazado del diente por las tensiones funcionales.

Resistencia adecuada para oponerse a la deformación producida por las fuerzas funcionales.

Factores estéticos; la restauración con porcelana es ideal para los dientes anteriores. En posteriores donde no se requiera tanta estética, la restauración puede ser únicamente metálica.

Es importante que la restauración no quede con márgenes desbordantes o que quede un espacio entre el diente y el metal mayor al que ocupa el espaciador (.2Mn) porque con el tiempo el cemento en boca se va desintegrando y queda una ranura en el

margen la cual es un factor predisponente para la acumulación de placa.

2.- El conector es la parte de la prótesis que une al pòntico con el retenedor. Este debe estar situado lo más coronal posible para que exista el espacio suficiente para el alojamiento de la papila interdentaria y facilitarle al paciente la higiene en èsta zona.

El conector puede ser rígido o semirígido. El primero va soldado a toda la prótesis; el retenedor, cuerpo del pòntico y conector se vacian juntos. Se utiliza en la mayoría de los casos, pero si hay algùn problema, como es la mesialización de un molar por no haber sustituido rápidamente el diente contiguo perdido o la hemisección de las raíces, se debe utilizar un conector semirígido que consiste en una hembra que va en el retenedor y un macho que va en el pòntico para aliviar las fuerzas de la masticación.

3.- El pòntico es la parte suspendida de la prótesis que reemplaza el diente perdido. Los requisitos que debe cumplir son:

Ser lo suficientemente fuerte para poder resistir las fuerzas de la oclusión, sin sufrir alteraciones.

Tener la suficiente rigidez para impedir que sufra flexiones ocasionadas por las fuerzas funcionales.

Dureza suficiente para evitar el desgaste provocado por los efectos abrasivos de los alimentos y los dientes antagonistas durante la masticación.

Contorno anatómico y color adecuados para tener buena estética.

No debe ser irritante o causar inflamación a los tejidos orales.

El contacto entre el pòntico y la mucosa debe ser sin presión.

Debe ser fácil de limpiar para que no afecte la salud de la mucosa bucal.

El diseño del pòntico varía en relación con el área mucosa subyacente del reborde alveolar. Esta variación surge a partir de las diferentes necesidades del paciente en base a la función y la estética. Existen tres tipos :

1.- Los pònticos higiénicos quedan separados de la mucosa por un espacio de 1 mm aproximadamente, aunque en algunos casos puede ser mayor. La parte inferior del pòntico es convexa en todos los sentidos y es muy fácil de alcanzar una limpieza adecuada. Este diseño cumple con todos los requisitos funcionales y se usa generalmente para reemplazar los molares inferiores donde no está comprometida la estética.

2.- Los pònticos en punta de bala se ajusta a la mucosa de la cara vestibular y en la cara lingual se describe una curva que la aleja de la cresta del reborde alveolar. Este tipo de diseño tiene buena estètica y un fàcil acceso para los instrumentos de limpieza. La parte inferior del pòntico es convexo. Està indicado en todos los dientes anteriores, premolares y molares superiores donde por razones èsteticas es necesario que quede en contacto con la zona de la cresta alveolar.

3.- El pònticos en silla de montar se adapta a todo el reborde alveolar. Es de forma muy similar a la de un diente natural. La base es còncava por lo que no se puede limpiar con ningùn instrumento. Este diseño no debe ser utilizado en ningùn caso puesto que siempre causa irritaciòn a la mucosa, mal olor y sabor de boca y problemas periodontales.

Todas las superficies de cada elemento de la pròtesis deben estar perfectamente bien pulidas y abrillantadas para que las bacterias se resbalen y no se puedan adherir y causar problemas en los tejidos de soporte.

c) COLOCACION

La posición del margen de la corona en relación con el margen gingival es un factor muy importante en cuanto a la estética. Aparentemente los márgenes subgingivales son mejor aceptados pero frecuentemente producen inflamación gingival por lo que la encía se ve antiestética y puede llegar a causar enfermedad periodontal severa.

Una terminación a nivel del margen gingival o ligeramente por encima de éste no produce esta inflamación, es más fácil tomar impresión, conservarlo limpio y la estética es aceptable.

Antes de colocar definitivamente la prótesis se debe verificar todas sus partes; si están bien diseñados y confeccionados, si estéticamente la anatomía y el color son adecuados y si funcionalmente cumple con todos los requisitos

En cuanto a la oclusión se deberá tener cuidado en no dejar puntos altos de contacto o prematuros que puedan interferir con los movimientos mandibulares de protrusión, retrusión, lateralidad derecha e izquierda. Si es una rehabilitación mas grande no debe verse alterada la dimensión vertical y se deberá dejar una buena relación cúspide-fosa en clase I (ortognata) en caso de ser posible.

El paso final para la colocación de la prótesis fija es el cementado de la misma donde se pueden emplear varios tipos de cemento.

El fosfato de cinc es el cemento más empleado. Debe ser manipulado con gran cuidado en una loceta gruesa y fría para que se evapore la acidez del líquido que es tan agresivo para la pulpa. El líquido se esparce con la espátula y el polvo se divide en varias porciones para ir las incorporando una por una, se espátula haciendo movimientos circulares amplios hasta que se obtiene una consistencia de hebra. La gran desventaja de este cemento es que es muy soluble e irritante a la pulpa del diente.

En la actualidad la cementación es por medio de cementos adhesivos que une químicamente o micromecánicamente la superficie dental y la restauración. Existen tres tipos principalmente:

- 1.- El cemento composite, es una resina con escaso material de relleno que retiene las restauraciones mediante un bloqueo físico en los detalles retentivos micromecánicos de la superficie dental (esmalte grabado) y la restauración.

2.- Los cementos de ionòmero de vidrio, se adhieren quìmicamente al esmalte y a la dentina mediante enlaces de hidrògeno de los grupos de àcido carboxilico libres. Una gran ventaja es que su color es muy parecido a la del esmalte y no irrita a la pulpa.

3.- Los cementos basados de una resina de adhesiòn quìmica que se adhieren a superficies de metal colado que han sido sometidas a chorros de arena y que bloquean micromecànicamente una superficie de esmalte grabado.

Al cementar la pròtesis se debe tener muchìsimo cuidado en eliminar los excedentes de cemento puesto que si queda algùn resto del material, irritarà el tejido gingival.

d) MANTENIMIENTO

Es responsabilidad del cirujano dentista que, el dia de la cita en la que se cementa la pròtesis, se le dè al paciente las instrucciones de uso de la pròtesis y sobretodo de higiene de la misma.

Se le indicará al paciente que tenga cuidado de no morder cosas muy duras con la prótesis ya que podría fracturarse la porcelana, y que en caso de que sea bruxista que use su guarda el mayor tiempo posible. En caso de haber hecho la prótesis de metal-acrílico, se debe advertir al paciente la gran porosidad del acrílico y sus consecuencias de cambio de coloración, mal olor o, a veces hasta mal sabor de boca si la higiene es deficiente. Se debe informar al paciente que los refrescos de cola, el café y el cigarro pigmentan más rápidamente el acrílico, por lo que es conveniente evitarlos.

Una fase final y muy importante es enseñar al paciente cómo hay que mantener limpia la prótesis y su cavidad oral. El cirujano dentista debe enseñarle cuáles son las zonas de mayor acumulación de placa para que se concientice y ponga mayor énfasis en éstas zonas que son la zona marginal y la parte inferior del pòntico. Para ello se le recomendará el uso de seda dental, una técnica de cepillado adecuada y los elementos auxiliares que requerirá para su prótesis; la limpieza bucal debe realizarse tres veces al día o después de cada alimento así se evitará que las bacterias y restos alimenticios se organicen, formen la placa dentobacteriana y vayan a actuar lesionando los tejidos de soporte. En los capítulos

posteriores se describiràn las tècnicas y elementos auxiliares para lograr una higiene exitosa.

Es importante revisar al paciente periodicamente despuès de haber colocado la pròtesis. Es conveniente que la primera evaluaciòn se haga a la semana o a las dos semanas post-inserciòn y si todo va bien se pueden hacer cada seis meses o cada año. En èstas citas deben revisarse la higiene oral, revisar que no haya mayor inflamaciòn gingival en la zona de la pròtesis y si la hay se deberà combatir la causa para que no siga avanzando. Tambièn hay que examinar los margenes de la corona y de la preparaciòn y ver si hay caries secundaria o signos de desgaste abrasivos o fracturas en la corona.

CAPITULO II

ENFERMEDAD PERIODONTAL

a) DEFINICION

Una de las causas de la pérdida de los dientes es la enfermedad periodontal invasora que ataca al epitelio, destruye las fibras gingivales y progresa en dirección apical aproximándose a la raíz del diente, produciendo bolsas y causando la destrucción del hueso subyacente.

Cuando se ve afectada solamente a la encía, el trastorno recibe el nombre de gingivitis; cuando están invadidos los tejidos mas profundos, se denomina periodontitis.

La gingivitis es una enfermedad infecciosa causada por la placa dentobacteriana la cual afecta al tejido conectivo y al epitelio. Esta placa es un conjunto de restos alimenticios y de bacterias organizadas pegadas a los dientes por medio de la saliva; se forma básicamente por una higiene oral pobre y más si hay un medio ambiente favorable como son las superficies rugosas, restauraciones defectuosas o mal ajustadas, deformaciones anatómicas o apiñamiento dental.

La placa se forma principalmente en los márgenes de los dientes y en las papilas interdentarias, va migrando apicalmente invadiendo el epitelio de unión y ulcerándolo.

Clinicamente la encía se encuentra inflamada, rojiza, lisa y brillante, hay sangrado a la mínima presión por la ulceración del epitelio.

Posteriormente la placa va migrando apicalmente y comienza a destruir las fibras del ligamento periodontal, luego se va calcificando y forma cálculos los cuales se adhieren a la superficie radicular y comienza la formación de bolsas las cuales indican el aumento del surco gingival por la destrucción de la encía insertada y del hueso alveolar, dando lugar a la periodontitis.

Radiográficamente las crestas están disminuidas y achatadas.

Clinicamente se ve alterada la arquitectura de las papilas, el ancho y espesor del epitelio que se queratiniza, el tejido marginal ya no se adapta a los cambios, al sondeo el surco gingival muestra bolsas periodontales mayores de tres mm y en ocasiones hay movilidad dentaria.

La patogénesis desde un punto de vista histológico se revisará en cinco etapas:

Lesiòn inicial.- Se localiza en la regiòn del surco gingival y es evidente a aproximadamente 2 a 4 dias de la acumulaciòn de placa desde el nivel inicial de salud gingival. Los vasos de la encia aumentan de tamaõ, y se produce vasculitis, que permite un exudado liquido de leucocitos polimorfonucleares, que se forma en el surco. En la regiòn perivascular se pierde colàgeno, y el espacio resultante se rellena con proteinas y cèlulas inflamatorias. La porciòn màs coronal del epitelio de uniòn se modifica.

Lesiòn precoz.- Aunque no existe una divisiòn clara entre las etapas de formaciòn de lesiòn, la lesiòn precoz aparece a los 4 a 7 dias de la acumulaciòn de la placa. Esta etapa de desarrollo exhibe una mayor pèrdida de colàgeno de la encia marginal. Ademàs, se produce un aumento de liquido del surco gingival con un aumento en las cèlulas inflamatorias y acumulaciòn de cèlulas linfoides subyacentes al epitelio de uniòn. Las cèlulas basales del epitelio de uniòn comienzan a proliferar, y se observan alteraciones significativas en los fibroblastos del tejido conectivo.

Lesiòn establecida.- Entre 7 y 21 dias despuès del inicio, la lesiòn entra en el estado establecido. Aùn sigue localizada en la porciòn apical del surco gingival y la inflamaciòn se centra en una àrea relativamente pequena. Existe una pèrdida continuada de tejido

conectivo, con persistencia de las características de la lesión precoz. Este estadio exhibe un predominio de células plasmáticas, la presencia de inmunoglobulinas en el tejido conectivo y una proliferación de epitelio de unión. A veces no se produce la formación de bolsa.

Lesión avanzada.- Es difícil señalar el momento en que la lesión establecida de la gingivitis tiene como resultado una pérdida de la inserción del tejido conectivo a la estructura dental y se convierte en lesión avanzada o periodontitis abierta. Las características de la anterior persisten. El tejido conectivo continúa perdiendo contenido colágeno, y los fibroblastos se alteran aún más. Se forman bolsas periodontales, y la lesión se extiende hacia el hueso alveolar, con conversión de la médula ósea a tejido conectivo fibroso. Existe una pérdida significativa de hueso y de inserción de tejido conectivo a la raíz del diente, acompañada por las manifestaciones de reacciones histicas inmunopatológicas y respuestas inflamatorias en la encía.

Periodontitis.- Es cuando se produce la pérdida de la inserción del tejido conectivo. La magnitud a la que progresa la lesión antes que se trate determina la cantidad de hueso y de inserción de tejido conectivo que se perderá y afectará posteriormente el pronóstico del diente en lo que respecta a las demandas restauradoras.

b) LA PROTESIS COMO FACTOR PREDISPONENTE A LA ACUMULACION DE LA PLACA

Cualquier aparato protésico colocado en boca es un cuerpo extraño que invade la integridad de los tejidos. Los cirujanos dentistas deben reproducir lo más fielmente posible la anatomía de los dientes, al querer reconstruir o sustituir una pieza faltante, para ocasionar el menor daño posible y así devolver la función y estética al aparato masticatorio.

Las prótesis se han de diseñar cuidadosamente para que permitan una buena higiene oral y eviten la irritación del tejido que recubre el borde alveolar.

Hay pruebas que indican que los márgenes subgingivales de las coronas aumentan el riesgo de inflamación gingival. El microespacio que queda entre la corona y el diente es un sitio perfecto para el alojamiento de las bacterias y que el paciente no puede limpiarse adecuadamente, al igual que las restricciones de los espacios interdentarios y la reducción del acceso por la presencia de un puente. Esta inflamación puede ser el principio de la enfermedad periodontal. Un margen supragingival ayudará a un control de placa y mantenimiento de la salud periodontal más fácil.

Los contornos de las restauraciones en proximal deben ser ligeramente cóncavas justo apical a las áreas de contacto para proporcionar un espacio adecuado a la encía interdental; los contornos bucal y lingual deben tener una convexidad protectora de los tejidos cervicales que desvían los alimentos que chocarían con la encía. No deben dejarse sobrecontornos puesto que originan la acumulación de dentritos, la inflamación gingival y la hiperplasia además de que no se pueden limpiar adecuadamente.

c) IMPORTANCIA DE LA HIGIENE PARA UN TRATAMIENTO PROTESICO EXITOSO

La prevención de la caries y la enfermedad periodontal está en gran medida en manos del paciente con la ayuda del cirujano dentista. Si el paciente no protege su boca tendrá problemas parodontales.

La boca es una buena incubadora para los gèrmenes porque está caliente, húmeda, oscura y proporciona elementos nutritivos.

En pacientes portadores de prótesis las instrucciones sobre la higiene oral y mantenimiento de la prótesis son particularmente importantes y a veces las técnicas son totalmente distintas a las que conocía el paciente. La zona en la que debe concentrar su atención es la situada entre el pòntico y el reborde y los márgenes gingivales de los pilares por debajo de los conectores. El resto de

la boca se limpia normalmente, con una buena tècnica de cepillado e hilo dental. Las instrucciones sobre la higiene oral deben impartirse en la misma sesiòn en la que se cementa la pròtesis. Se debe citar al paciente periòdicamente sobre todo para comprobar si està dando buen resultado la tècnica de higiene que se le indicò.

La higiene debe ser un hàbito en cada paciente y depende de ello el èxito o fracaso del tratamiento protèsico. Si la pròtesis no es perfecta en su diseño, està un poco excedida en los màrgenes o el conector toca la papila interdientaria o el espacio entre el pòntico y el reborde alveolar es reducido, pero el paciente tiene una excelente higiene el tratamiento serà un èxito; Por otro lado si el cirujano dentista hace una pròtesis excelente, pero el paciente no coopera en su higiene y permite que se acumule la placa dentobacteriana el tratamiento serà un fracaso puesto que habrà inflamaciòn de los tejidos y puede llegar a la enfermedad periodontal severa.

CAPITULO III

ELIMINACION DE PLACA EN GENERAL

a) CEPILLADO

El cepillado de los dientes se ha utilizado como medio de limpieza de la boca por muchísimos años y es todavía el método más eficaz y fácil de emplear por cualquier persona.

Hay muchos cepillos de dientes, pero el más recomendado es de cerdas de nylon suaves en una cabeza pequeña de líneas rectas. Las cerdas suaves reducen la posibilidad de traumatismo a los tejidos gingivales y de erosión de los dientes. La cabeza pequeña permite el acceso máximo a las áreas confinadas de la boca.

Existen varios métodos o técnicas de cepillado para eliminar la placa de las superficies labiales y linguales de los dientes pero el paciente debe usar otros dispositivos para las superficies interproximales.

1.- El método Bass.- Las cerdas del cepillo se dirigen apicalmente en un ángulo de 45° dentro del surco gingival y se ejecuta un movimiento vibratorio para destruir las colonias de la placa subgingival y la del tercio gingival del diente. El cepillo en las superficies linguales se coloca vertical, paralelo al eje longitudinal en dirección apical al diente y se hace la misma vibración. Las superficies oclusales son cepilladas dirigiendo las cerdas apicalmente en las fisuras oclusales y haciendo un movimiento horizontal de frotación. El paciente debe seguir un orden para no saltarse ninguna zona; se recomienda que se cepille de la cara labial del molar más posterior de los superiores de un lado al lado opuesto, que pase al molar más posterior inferior de ese mismo lado por la cara labial hasta el otro lado. Después que se cepille las caras palatinas siguiendo el mismo orden y posteriormente las caras oclusales.

2.- El método ondulatorio.- Consiste en colocar las cerdas sobre la encía adherida con las fibras dirigidas apicalmente. El cepillo es barrido en una dirección oclusal con un movimiento ondulante. Estos movimientos deberán repetirse varias veces en cada área con posiciones traslapantes.

3.- El método de Charter.- Se enfoca más al masaje de la encía y a la limpieza de las superficies interproximales de los dientes. El cepillo se coloca en un ángulo de 45° al diente con las cerdas dirigidas oclusalmente. Estas son insertadas en las áreas interproximales, se hace un poco de presión y movimientos vibratorios.

b) HILO DENTAL

Se emplea para la limpieza de las superficies proximales. Se sugiere el uso del hilo dental sin cera, pero en caso de haber alguna restauración con bordes filosos o rugosos es mejor el uso del hilo dental con cera. Actualmente existe un hilo dental con textura porosa de fibra de nylon que, al pasarlo en el espacio interdental, es como si se cepillara esta zona sin irritar la encía; este producto se llama Ultra-floss de Oral B. Los tres tipos de hilos dentales (con cera, sin cera y ultra floss) se utilizan de la misma manera.

Para sostener el hilo se ancla en los dedos medios de ambas manos y se deja restirada una longitud aproximada de 3 a 5 centímetros y se maneja con los dedos pulgares e índices. La seda deberá pasarse a través de los puntos de contacto interproximales con suavidad para evitar que se lesionen las papilas. Se recarga a

un lado y se mueve en dirección ápico-coronal extendiéndose desde la base del surco gingival hasta el punto de contacto. Existe un aditamento que está indicado en pacientes con poca habilidad en sus manos; éstos son los portasedas. Son de plástico en forma de resortera donde queda estirado el hilo. La forma de usarlo es el mismo.

c) IRRIGADORES DENTALES

Los irrigadores dentales, como el Water Pick, es un aparato eléctrico que consiste en un recipiente que se llena de agua hervida o limpia y una manguerita a la cual se le coloca una punta de plástico rígida por el cual sale el agua a presión.

Resulta útil para la higiene bucal y no causa lesiones. Reduce la gravedad de la gingivitis y elimina dentritos alimenticios sueltos y bacterias no adherentes. Se usa también para limpiar puentes muy amplios, para darle masaje a la encía y el paciente refiere sensación de frescura y limpieza de la boca.

d) ESTIMULADORES INTERDENTALES

Consiste en un mango de plástico o metálico parecido al de un cepillo dental el cual porta en un extremo una punta de goma semirigido en forma de gota alargada.

Se coloca a 45° con respecto a los dientes, con el extremo apuntando en dirección oclusal. Se aplica un poco de presión con movimiento vibratorio o rotatorio. El masaje gingival interdental puede ayudar en la restauración de las papilas bulbosas.

E) PALILLOS

También son llamados mondadientes. Son palillos de madera o de plástico generalmente de forma triangular ahusada. Se inserta en el espacio interproximal con la base del triángulo hacia la encía y se presiona firmemente contra los dientes adyacentes moviéndose de adentro hacia afuera o de arriba hacia abajo.

CAPITULO IV

ELIMINACION DE PLACA EN PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS

a) ENHEBRADORES DE HILO

El enhebrador de hilo es un asa de nylon flexible con un extremo rígido por el cual se enhebra la seda dental. Existe otro instrumento (Superfloss) es un aditamento con el extremo rígido de plástico seguida de una seda dental revestida de una espuma de resina. Ambos se utilizan para limpiar el espacio que queda por debajo del pòntico y el reborde alveolar, sobre todo los pònticos en pico de flauta y en silla de montar. Tambien se usan para limpiar los espacios interdentarios estrechos. Se emplea pasando la punta rígida de vestibular a palatino o lingual por debajo del conector a lo largo de la porción inferior del pòntico hasta llegar al otro conector así se eliminarà todo resto alimenticio de la zona.

b) CEPILLOS INTERPROXIMALES

Consisten en un mango con un penacho de cerdas o un cepillito en forma de escobellòn en el extremo el cual sirve para limpiar la parte inferior de los pònticos higiènicos y los espacios interdentarios muy grandes. Se deben de insertar en el espacio interdental y moverse de atràs a adelante en direcciòn labio-lingual.

CAPITULO V

AGENTES QUIMICOS

a) PASTA DENTAL

Se puede usar un dentífrico en combinación con el cepillado dental con el propósito de facilitar la remoción de la placa y aplicar agentes a las superficies dentarias con fines terapéuticos o preventivos como es la disminución de la sensibilidad de los dientes y retardar la formación de tártaro supragingival. También son útiles para suprimir las manchas de los dientes y la caries dental puede ser frenada en los niños por los dentífricos que contienen alguna forma de flúor.

b) ENJUAGUE BUCAL

El gluconato de clorohexidina es el agente más eficaz sintetizado para el control de la placa. Se usa al 0,2%, dos veces al día. No debe utilizarse por mucho tiempo puesto que mancha los dientes o restauraciones y a veces produce lesiones descamativas.

c) REVELADORES

Son unas soluciones o tabletas comunmente a base de fucsina, que el paciente debe masticar y pasar por todas las superficies de los dientes y quedan teñidas las zonas donde tiene acumulaciòn de placa. Es muy útil durante la instruccìon inicial en el control de placa. Su uso es recomendable en las citas de revisiòn para ver què tan eficiente es la higiene del paciente y que èl vea en un espejo los lugares donde tiene que hacer mayor ènfasis. Tambièn se recomienda que el paciente los utilice en su casa para que sea una forma autodidacta de aprender a lograr una mejor higiene.

CONCLUSION

El cirujano dentista, al restaurar el aparato masticatorio debe, por todos los medios, tratar de conservar los tejidos de soporte el mayor tiempo posible en la cavidad oral, para esto debe ser conciente y tener ètica profesional para elaborar una buena pròtesis.

La educaciòn de nuestro pais es muy deficiente y el cirujano dentista puede contribuir a ella, concientizando al paciente la importancia de mantener su boca con una buena higiene y evitar problemas periodontales a futuro.

Es reponsabilidad del cirujano dentista presentarle los elementos de limpieza a sus pacientes, enseñarle para què sirve cada uno, còmo deben de utilizarlos, asi estarà estimulado y podrà transmitir a sus hijos o a quienes lo rodean la educaciòn de la higiene bucal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Lindhe. Periodontologia clinica. Ed. Panamericana. 2^a edició. Buenos Aires, 1992. Pàgs. 312-319
- 2.- Prichard. Enfermedad periodontal avanzada. Ed. Labor, S.A. 4^a edició. Barcelona, 1989. Pàgs. 1-3, 805-815, 833-838, 905-917, 928-936
- 3.- Malone. Manejo de tejidos en odontología restaurativa. Ed. El manual moderno, S.A. de C.V. México, D.F., 1985. Pàgs. 6-33
- 4.- Graber. Atlas de prótesis parcial. Ed. Masson- Salvat odontológica. 2^a edició. España, 1993. Pàgs. 168, 169
- 5.- Smith. Planificació y confecció de coronas y puentes. Ed. Salvat. 2^a edició. España, 1991. Pàgs. 38-47, 57-77, 81-83, 117-125, 130, 131, 140, 141, 206-208

6.- Wilson. Dental maintenance for patients with periodontal diseases. Quintessence books. E.U.A., 1989. Pàgs. 97-116

7.- Rosenstiel. Pròtesis fija. Ed. Salvat editores S.A. España, 1991. Pàgs. 79-83, 126

8.- Mercado. Educaciòn para la salud. Ed. Limusa. Mèxico, 1990. Pàgs. 123, 124

9.- Gernez-Rieux y Gervois. Medicina preventiva, salud pública e higiene. Ed. Limusa. Mèxico, 1989. Pàgs. 5-7

10.- Myers. Pròtesis de coronas y puentes. Ed. Labor S.A. 1^a ediciòn. España, 1971. Pàgs. 3, 4, 10, 11, 13-18, 137-143, 159-164

11.- Shillinburg Fundamentos de prostodoncia fija. Ed. La prensa mèdica mexicana, S.A. de C.V. Mèxico D.F., 1990. Pàgs. 67-82