



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

**ASPECTOS PERIODONTALES EN LA PROTESIS
PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE**

T E S I S

Para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

MA. DEL ROCIO MONROY SANCHEZ

México, D. F.

1984





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.

ASPECTOS PERIODONTALES EN LA
PRÓTESIS PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE

INDICE

INTRODUCCION.

CAPITULO I. GENERALIDADES.

CAPITULO II. CARACTERISTICAS CLINICAS NORMALES DEL PERIODONTO.

1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA ENCÍA.
2. CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS DE LA ENCÍA.
3. LIGAMENTO PERIODONTAL.
4. CEMENTO.
5. HUESO ALVEOLAR.

CAPITULO III. ENFERMEDAD PERIODONTAL.

1. GINGIVITIS.
2. PERIODONTITIS.
3. BOLSA PERIODONTAL.
4. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN.
5. SIGNOS Y SÍNTOMAS.
6. ETIOLOGÍA.

7. TRATAMIENTO DE LAS BOLSAS PERIODONTALES.
8. FÉRULAS PERIODONTALES TEMPORALES.

CAPITULO IV. ASPECTOS PERIODONTALES DE LA PROTESIS PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE.

1. PRÓTESIS FIJA.
2. RETENEDORES DE LOS PUENTES FIJOS.
3. PIEZAS INTERMEDIOS O PÓNTICOS.
4. PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.
5. BASES PROTÉTICAS.
6. RETENEDORES.
7. APOYOS OCLUSALES.
8. CONECTORES MAYORES.

CAPITULO V. CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL O SU RECURRENCIA EN LA BOCA TRATADA.

1. MOTIVACIÓN DEL PACIENTE.
2. EDUCACIÓN DEL PACIENTE.

3. MÉTODO DE CEPILLADO DENTARIO Y OTROS ELEMENTOS.
4. AUXILIARES DE LA LIMPIEZA.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

LAS TÉCNICAS PARA RESTAURAR LOS DIENTES PERDIDOS Y LOS AFECTADOS DE CARIES HAN MEJORADO ENORMEMENTE EN LOS ÚLTIMOS DÍEZ AÑOS, PERO LA RESTAURACIÓN DE LOS DIENTES PERDIDOS EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL PRESENTA MUCHOS PROBLEMAS.

LOS DIENTES QUE PRESENTAN MOVILIDAD A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD PERIODONTAL SUELEN SER INADECUADOS COMO PILARES DE LAS PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE O FIJA. LOS DIENTES DOTADOS DE MOVILIDAD POR DESTRUCCIÓN PERIODONTAL REQUIEREN, A MENUDO, LA FIJACIÓN MEDIANTE FÉRULAS A OTROS DIENTES PARA LOGRAR SU ESTABILIZACIÓN, ESPECIALMENTE SI SE HAN DE REEMPLAZAR DIENTES PERDIDOS Y LOS DIENTES QUE HAN DE SERVIR SON MÓVILES.

LA PRÓTESIS DENTAL FIJA ÚLTIMAMENTE HA DISFRUTADO DE RESURGIMIENTO; ESTO OBEDECE, ENTRE OTRAS COSAS, A PROGRESOS TÉCNICOS CON MEJORES EQUIPOS PARA LA PREPARACIÓN DE PILARES, MEJORES ANESTÉSICOS LOCALES, MÉTODOS PERFECCIONADOS PARA LA PROTECCIÓN INMEDIATA DE LOS DIENTES PREPARADOS Y MATERIALES QUE PROPORCIONAN RESULTADOS MÁS AGRADEBLES DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTÉTICO.

LAS FUNDAS CON FORRO ACRÍLICO HAN HECHO POSIBLE LA FIJACIÓN EXTENSA POR MEDIO DE FÉRULAS, PERO LAS FUNDAS DE ORO FERRADAS DE PORCELANA SE PERFECCIONAN CADA VEZ MÁS Y VAN SUSTITUYENDO AL MATERIAL DE RESINAS EN LA CONSTRUCCIÓN DE DENTADURAS PARCIALES FIJAS.

NO OBSTANTE EL FACTOR DECISIVO EN EL RESURGIMIENTO ACTUAL DE LAS PRÓTESIS DENTARIAS PARCIALES REMOVIBLES Y LAS PRÓTESIS FIJAS, ES EL AUMENTO DE LOS CONOCIMIENTOS EN EL CAMPO DE LA PARODONCIA.

DIENTES QUE HACE AÑOS SE HUBIERAN EXTRAÍDO DEBIDO A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL AHORA SE CONSERVAN. SE DISPONEN DE MUCHOS PILARES PARA REEMPLAZAR LOS DIENTES QUE FALTAN CON PRÓTESIS FIJAS Y REMOVIBLES EN CASOS QUE ANTERIORMENTE REQUERÍAN DENTADURAS COMPLETAS.

ES POR ESO QUE EL INTERÉS DE ESTE TRABAJO ES HACERLES VER QUE EL TRATAMIENTO PERIODONTAL NO SE LIMITA A LA ELIMINACIÓN DE BOLSAS PARODONTALES Y LA RESTAURACIÓN GINGIVAL, SINO QUE TAMBIÉN DEBE CREAR EL MEDIO AMBIENTE NECESARIO PARA LA FUNCIÓN ADECUADA DE LA PRÓTESIS FIJA Y REMOVIBLE.

CAPITULO I.

GENERALIDADES

LAS RESTAURACIONES DENTALES Y LA SALUD PERIODONTAL SE ENCUENTRAN RELACIONADAS ÍNTIMAMENTE DE MANERA INSEPARABLE, LA SALUD PERIODONTAL ES NECESARIA PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS RESTAURACIONES, Y LA ESTIMULACIÓN FUNCIONAL QUE PROPORCIONA LAS RESTAURACIONES ES ESENCIAL PARA LA CONSERVACIÓN DEL PERIODONTO.

LA PERFECTA TÉCNICA ES IMPORTANTE EN LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA. LA ADAPTACIÓN DE LOS MÁRGENES, LOS CONTORNOS DE LAS RESTAURACIONES, LAS RELACIONES PROXIMALES, LA LISURA DE LAS SUPERFICIES CUMPLEN REQUISITOS BIOLÓGICOS FUNDAMENTALES DE LA ENCÍA Y TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.

LA PALABLA "RESTAURADORA" EN ODONTOLOGÍA SE REFIERE FUNDAMENTALMENTE AL ESTABLECIMIENTO DE LA OCLUSIÓN NO SÓLO DE LOS DIENTES -- QUE SE RESTAURAN Y SUS ANTAGONISTAS, SINO TAMBIÉN EL RESTO DE LA DENTADURA. POR ELLO LAS RESTAURACIONES SON PARTE DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL, COMO SON EL RASPAJE Y CURETAJE Y LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y GIGIVAL SE DEBEN ELIMINAR ANTES DE COMENZAR LOS PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

LA MOVILIDAD DENTARIA Y EL DOLOR QUE ORIGINA LA IMPACTACIÓN DE LOS ALIMENTOS EN LAS BOLSAS PERIODONTALES QUE ENTORPECEN LA MASTICACIÓN Y FUNCIÓN DE LA PRÓTESIS.

LA INFLAMACIÓN Y DEGENERACIÓN DEL PERIODONTO MENOSCABAN 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 PERIODONTO SAÑO SE CONVIERTEN EN INFLUENCIA DESTRUCTIVA CUANDO SE SUPERPONEN A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EXISTEN Y ACORTAN LA VIDA DE LOS DIENTES Y DE LAS PRÓTESIS.

ES FRECUENTE QUE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL MODIFIQUE LA POSICIÓN. LA RESOLUCIÓN DE LA INFLAMACIÓN Y LA REGENERACIÓN DE LAS FIBRAS DE LIGAMENTO PERIODONTAL DESPUÉS DEL TRATAMIENTO HACEN QUE LOS DIENTES SE MUEVAN NUEVAMENTE, POR LO GENERAL, HACIA SU POSICIÓN ORIGINAL.

LAS PRÓTESIS DISEÑADAS ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL PUEDEN GENERAR TENSIONES Y PRESIONES SOBRE EL PERIODONTO TRATADO. LAS PRÓTESIS PARCIALES CONFECCIONADAS SOBRE MODELOS HECHOS CON IMPRESIONES DE ENCIA Y MUCOSA DESDENTADA NO TENDRÁN BUENA ADAPTACIÓN, UNA VEZ RESTABLECIDA LA SALUD PERIODONTAL. AL ELIMINAR LA INFLAMACIÓN, SE ALTERA EL CONTORNO DE ENCIA Y LA MUCOSA ADYACENTE. LA RETRACCIÓN CREA ESPACIO POR DEBAJO DE LOS PÓNTICOS DE LOS PUENTES FIJOS Y SILLAS DE LAS PRÓTESIS REMOVIBLE.

LA ACUMULACIÓN DE ALIMENTOS QUE AHÍ SE PRODUCE CONDUCE A LA INFLAMACIÓN DE LA MUCOSA Y LA ENCIA DE LOS DIENTES PILARES.

PARA LOCALIZAR ADECUADAMENTE EL MARGEN DE LAS RESTAURACIONES ES --
PRECISO ESTABLECER LA POSICIÓN DEL SURCO GINGIVAL NORMAL, ANTES -
DE TALLAR EL DIENTE. LOS MÁRGENES DE LAS RESTAURACIONES ESCONDI
DAS POR DEBAJO DE LA ENCIA ENFERMA QUEDARÁN EXPUESTOS CUANDO LA -
ENCIA INFLAMADA SE RETRAIGA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL.

LAS BOLSAS PERIODONTALES DE DIENTES VECINOS A ESPACIOS DESDENTA--
DOS Y LA MUCOSA DESDENTADA DEFORMADA DEMANDAN CORRECCIÓN ANTES DE
QUE SE CONFECCIONEN LA PRÓTESIS. LOS DIENTES CON ENFERMEDAD PE--
RIODONTAL ADYACENTES A ESPACIOS DESDENTADOS PRESENTAN DOS PROBLE--
MAS QUE HAN DE SER TRATADOS AL MISMO TIEMPO; A) ELIMINACIÓN DE --
LAS BOLSAS PARODONTALES, B) TRATAMIENTO DE LA MUCOSA DESDENTADA.

LA INFLAMACIÓN DE LAS BOLSAS PERIODONTALES SE EXTIENDE A DIVERSAS
DISTANCIAS DENTRO DE LA MUCOSA DESDENTADA ADYECENTE Y ALTERA SU -
COLOR, SU FORMA Y CONSISTENCIA.

EL CONTORNO DE LA MUCOSA Y ENCIA DESDENTADA ES AFECTADA POR FACTO
RES MECÁNICOS, ASÍ COMO LA INFLAMACIÓN QUE PROVIENE DE LAS BOLSAS
VECINAS.

LA MUCOSA DESDENTADA DEFORMADA DISMINUYE LA DISTANCIA VERTICAL DIS-
PONIBLE PARA LA PRÓTESIS, NO OFRECE LA BASE SEGURA COMO ZONA DE -
SOPORTE DE SILLA O PARA EL DISEÑO APROPIADO DE LOS PÓNTICOS.

DENTRO DEL ASPECTO PERIODONTAL DE LA PRÓTESIS, ADEMÁS DE LA ESTÉTI

CA, LAS FINALIDADES DE LAS PRÓTESIS FIJAS Y REMOVIBLES INCLUYEN EL MEJORAMIENTO DE LA EFICACIA MASTICATORIA Y PREVIENEN LA INCLINACIÓN Y EXTRUCCION DE LOS DIENTES Y POR ENDE, LA ALTERACIÓN DE LA OCLUSIÓN Y LA IMPACTACIÓN DE ALIMENTOS. SIN EMBARGO, LA FINALIDAD MÁS IMPORTANTE ES ESTIMULAR ESENCIALMENTE LA FUNCIÓN PARA LA PRESERVACIÓN DEL PERIODONTO DE LA DENTADURA NATURAL REMANENTE.

CAPITULO 11.

CARACTERISTICAS CLINICAS NORMALES DEL
PERIODONTO

1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA ENCÍA.

ES IMPORTANTE QUE EL CIRUJANO DENTISTA CONOZCA COMO ESTÁ CONSTITUIDO EL PARODONTO SAÑO PARA PODER DISTINGUIR ALGUNA ANOMALÍA QUE EN ÉL SE ENCUENTRE; ES UN FACTOR ESENCIAL PARA HACER UN BUEN DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO EN LA ELABORACIÓN DE UNA PRÓTESIS Y EL ÉXITO DE ÉSTA.

LOS TEJIDOS DEL PERIODONTO LOS VAMOS A CLASIFICAR EN TEJIDOS BLANDOS Y DUROS.

- A) LOS TEJIDOS BLANDOS SON LA ENCÍA Y EL LIGAMENTO PERIODONTAL.
- B) LOS TEJIDOS DUROS SON EL CEMENTO RADICULAR Y EL HUESO ALVEOLAR.

LA ENCÍA ES LA PARTE DE LA MUCOSA BUCAL QUE CUBRE LOS PROCESOS ALVEOLARES TANTO DEL MAXILAR COMO DE LA MANDÍBULA QUE SE ENCUENTRAN RODEANDO EL CUELLO DE LOS DIENTES.

LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS NORMALES DE LA ENCÍA INCLUYEN LO SIGUIENTE:

- A) COLOR.- EL COLOR DE LA ENCÍA PUEDE VARIAR POR LA COLORACIÓN DE LA PIEL DEL INDIVIDUO, POR EL GRADO DE VASCULARIZACIÓN Y EL GROSOR DEL EPITELIO.

- B) **CONTORNO PAPILAR.**- LAS PAPILAS DEBEN LLENAR LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES HASTA EL PUNTO DE CONTACTO. CON LA EDAD -- LAS PAPILAS Y OTRAS PARTES DE LA ENCÍA SE ATROFIAN LEVEMENTE (JUNTO CON LA CRESTA ALVEOLAR). POR ELLO SE PUEDE CONSIDERAR QUE EN LAS PERSONAS MAYORES EL CONTORNO MÁ S NORMAL -- PUEDE SER REDONDEADO Y NO PUNTIAGUDO.
- C) **CONTORNO MARGINAL.**- LA ENCÍA DEBE AFINARSE HACIA LA CORONA PARA TERMINAR EN UN BORDE DELGADO. EN SENTIDO MESIODISTAL, LOS MÁRGENES GINGIVALES DEBEN TENER FORMA FESTONEADA.
- D) **TEXTURA.**- POR LO GENERAL HAY PUNTEADO DE DIVERSOS GRADOS EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DE LA ENCÍA INSERTADA; HA SIDO DESCRITA COMO DE ASPECTO DE "CÁSCARA DE NARANJA".
- E) **CONSISTENCIA.**- LA ENCÍA DEBE SER FIRME, Y LA PARTE INSERTADA, DEBE ESTAR FIRMEMENTE UNIDA A LOS DIENTES Y AL HUESO ALVEOLAR SUBYACENTES.
- F) **SURCO.**- ES EL ESPACIO ENTRE LA ENCÍA LIBRE Y EL DIENTE. SU PROFUNDIDAD ES MÍNIMA (ALREDEDOR DE UN MILÍMETRO EN ESTADO DE SALUD). EL SURCO NORMAL NO EXCEDERÁ DE 3 MM. DE PROFUNDIDAD.

PARA EL ESTUDIO DE LA ENCÍA LA DIVIDIREMOS EN TRES PARTES:

ENCÍA MARGINAL O LIBRE.

SE ENCUENTRA RODEANDO EL CUELLO DE LOS DIENTES, Y FORMA EL MARGEN GINGIVAL; TAMBIÉN DA LUGAR A LAS PAPILAS INTERDENTARIAS, QUE TIENEN FORMA PIRAMIDAL O DE TRIÁNGULO, CUYO VÉRTICE SE ENCUENTRA DIRIGIDO HACIA EL PUNTO DE CONTACTO. ENCONTRAMOS LAS PAPILAS VESTIBULARES Y LINGUALES Y EL COL, EL CUAL ES UNA DEPRESIÓN PARECIDA A UN VALLE QUE CONECTA LAS PAPILAS Y SE ADAPTA A LA FORMA DE CONTACTO INTERPROXIMAL.

LA ENCÍA MARGINAL NO ESTÁ ADHERIDA AL CUELLO DE LOS DIENTES SINO QUE HAY UN ESPACIO INTERMEDIO QUE SE LLAMA HENDIDURA O SURCO GINGIVAL, LA PROFUNDIDAD DEL SURCO IDEAL SERÍA CERO, PERO CASI NO EXISTE Y EL NORMAL ES DE 1.8 A 2.0 MM. EN ESTE SURCO SE ENCUENTRA UN LÍQUIDO QUE SE LLAMA CREVICULAR, QUE ES UN LÍQUIDO FISIOLÓGICO EL CUAL PUEDE TORNARSE PATOLÓGICO CUANDO EXISTE INFLAMACIÓN, TAMBIÉN EN ESTE LÍQUIDO ENCONTRAMOS PROTEÍNAS PLASMÁTICAS Y PROPIEDADES ANTIGENO-ANTICUERPO.

ENCÍA ADHERIDA.

LA ENCÍA ADHERIDA ES CONTÍNUA A LA ENCÍA MARGINAL, SE ENCUENTRA ESTRECHAMENTE UNIDA AL CEMENTO Y AL HUESO, PRESENTA PUNTILLO EN SU SUPERFICIE Y TIENE ASPECTO DE "CÁSCARA DE NARANJA", ESTA APARIENCIA SE DEBE A LAS INTERDIGITACIONES DEL TEJIDO CONECTIVO SO-

BRE EL EPITELIO, ESTO ES EN ESTADO DE SALUD; CUANDO LA ENCÍA ESTÁ ENFERMA SE VUELVE LA SUPERFICIE LISA Y BRILLANTES.

LA ENCÍA ADHERIDA SE COMPONE DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO, Y UN ESTROMA DE TEJIDO CONECTIVO.

ENCÍA ALVEOLAR.

SE ENCUENTRA HACIA ABAJO DE LA ENCÍA INSERTADA, ESTA ENCÍA ES LAXA Y MÓVIL Y PRESENTA GRAN CANTIDAD DE VASOS SANGUÍNEOS. ENTRE LA ENCÍA INSERTADA Y LA ALVEOLAR ENCONTRAMOS UNA LÍNEA DIVISORIA QUE SE LLAMA "MUCOGINGIVAL". LA MUCOSA ALVEOLAR ES ROJA, LISA Y BRILLANTE, SU EPITELIO ES MÁS DELGADO, NO QUERATINIZADO Y NO CONTIENE BROTES EPITELIALES. EL COLOR DE LA ENCÍA PUEDE VARIAR DEPENDIENDO DE VARIOS FACTORES COMO SON:

- A) COLORACIÓN DE LA PIEL DEL INDIVIDUO.
- B) GRADO DE VASCULARIZACIÓN.
- C) GRADO DE QUERATINIZACIÓN.
- D) GROSOR DEL EPITELIO.

2. CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS DE LA ENCÍA.

LA ENCÍA ESTÁ COMPUESTA POR UN NÚCLEO CENTRAL DE TEJIDO CONECTIVO CUBIERTO POR EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO. EL EPITELIO ESTRATIFICADO SE CONSIDERA DESDE LA ENCÍA GINGIVAL LIBRE HASTA LA LÍNEA

DIVISORIA ENTRE LA ENCÍA ADHERIDA Y LA ALVEOLAR QUE ES LA LÍNEA - MUCOGINGIVAL. Y AQUÍ OBSERVAMOS CUATRO CAPAS DE CÉLULAS QUE SE - ENCUENTRAN DESDE EL FONDO A LA SUPERFICIE Y SON:

- A) CAPA BASAL.
- B) CAPA ESPINOSA.
- C) CAPA GRANULAR.
- D) CAPA QUERATINIZADA.

EN LA CAPA BASAL VAMOS A ENCONTRAR MELANOCITOS, QUE FORMAN MELANINA Y TAMBIÉN CÉLULAS FORMADORAS DE QUERATINA, QUE TIENEN FORMA -- OVOIDAL. A LA CAPA BASAL Y ESPINOSA SE LES CONSIDERA CAPAS GERMINATIVAS PORQUE EN ELLAS SE EFECTÚA LA MITOSIS, LA CUAL DA LUGAR A LA RENOVACIÓN CONTÍNUA DEL EPITELIO BUCAL.

EN LA CAPA ESPINOSA QUE OCUPA MÁS DE LA MITAD DEL EPITELIO VAMOS A ENCONTRAR CÉLULAS CON PROLONGACIONES CITOPASMÁTICAS EN FORMA CILÍNDRICA, LLAMADAS LANGERHANS.

EN LA CAPA GRANULAR LAS CÉLULAS SE EMPIEZAN A APLANAR PREPARÁNDOSE PARA LA DESCAMACIÓN, EL NÚCLEO DE LAS CÉLULAS LO VAMOS A ENCONTRAR CONTRAIDO Y EN EL CITOPLASMA EXISTEN GRÁNULOS DE QUERATOHIALINA.

EN LA CAPA QUERATINIZADA SE DA LUGAR LA DESCAMACIÓN Y LAS CÉLULAS SE ENCUENTRAN LIGERAMENTE APLANADAS Y SIN NÚCLEO.

EL TEJIDO DE LA ENCÍA ES CONECTIVO, POR LO TANTO, PRESENTA GRAN -- CANTIDAD DE FIBRAS COLÁGENAS, LLAMADAS FIBRAS GINGIVALES DE SOS-- TÉN; LAS CUALES TIENEN LA FUNCIÓN DE SOSTENER ADOSADA LA ENCÍA AL DIENTE Y SOPORTAR LAS FUERZAS DE MASTICACIÓN. ESTAS FIBRAS SE -- CONSIDERAN COMO LA PRIMERA BARRERA DE DEFENSA DE LA ENCÍA CONTRA LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES. LAS VAMOS A DIVIDIR EN CINCO GRUPOS Y SON:

FIBRAS DENTOGINGIVALES.

ESTAS FIBRAS SE EXTIENDEN POR DEBAJO DE LA ADHERENCIA EPITELIAL - HACIA LA CRESTA DE LA ENCÍA, HACIA LA SUPERFICIE EXTERNA DEL PERIÓSTIO DE LA TABLA VESTIBULAR.

FIBRAS DENTOPERIOSTALES.

ESTAS FIBRAS TAMBIÉN SE EXTIENDEN POR DEBAJO DE LA ADHERENCIA EPITELIAL, PASAN POR LA CRESTA ÓSEA Y SE INSERTAN EN EL PERIÓSTIO.

FIBRAS TRANSEPTALES.

ESTAS FIBRAS SE EXTIENDEN DEL CEMENTO DEL DIENTE, PASAN POR LA -- CRESTA ÓSEA Y SE INSERTAN EN EL CEMENTO DE OTRO DIENTE; ESTAS FIBRAS SE SITUAN HORIZONTALMENTE.

FIBRAS CRESTOGINGIVALES.

LAS FIBRAS DE ESTE PEQUEÑO GRUPO NACEN DE LA CRESTA ALVEOLAR Y SE

INSERTAN CORONARIAMENTE EN LA LÁMINA PROPIA.

FIBRAS CIRCULARES.

ESTAS FIBRAS SE ENCUENTRAN RODEANDO AL DIENTE AL NIVEL DEL CUELLO Y NO TIENEN INSERCIÓN PROPIA.

3. LIGAMENTO PERIODONTAL.

EL LIGAMENTO PERIODONTAL ESTÁ COMPUESTO POR TEJIDO CONECTIVO, QUE RODEA LA RAÍZ DEL DIENTE Y LA UNE AL HUESO. EN ESTE LIGAMENTO -- TAMBIÉN ENCONTRAMOS FIBRAS COLÁGENAS, LAS CUALES VAMOS A DIVIDIR EN CINCO GRUPOS Y SON:

FIBRAS DE LA CRESTA.

ESTAS FIBRAS SE EXTIENDEN DESDE EL CEMENTO POR DEBAJO DE LA ADHESIÓN EPITELIAL Y SE INSERTAN EN LA CRESTA ALVEOLAR.

FIBRAS HORIZONTALES.

ESTAS FIBRAS SE ENCUENTRAN HORIZONTALMENTE, SE EXTIENDEN DEL CEMENTO AL HUESO ALVEOLAR.

FIBRAS OBLÍCUAS.

SON EL TIPO DE FIBRAS QUE MÁS ABUNDAN EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL,

SE EXTIENDEN DEL CEMENTO AL HUESO EN SENTIDO CORONAL.

FIBRAS APICALES.

ESTAS FIBRAS SE ENCUENTRAN EN EL ÁPICE DEL DIENTE Y SE EXTIENDEN EN FORMA DE ABANICO; VAN DE CEMENTO AL HUESO, EXISTEN CUANDO EL - ÁPICE ESTÁ BIEN FORMADO.

FIBRAS DE BIFURCACIÓN O TRIFURCACIÓN.

SE ENCUENTRAN EN LA BIFURCACIÓN O TRIFURCACIÓN DE LAS RAÍCES DE - LOS DIENTES Y TAMBIÉN SE EXTIENDEN EN FORMA DE ABANICO.

TAMBIÉN EXISTEN OTROS TIPOS DE FIBRAS EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL Y SON LAS SIGUIENTES: FIBRAS ELÁSTICAS, RETICULARES Y LAS FIBRAS DE OXITALAN, QUE SE ENCUENTRAN EN EL TERCIO CERVICAL DE LA RAÍZ DEL DIENTE SU FUNCIÓN SE DESCONOCE.

EXISTEN EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL ELEMENTOS CELULARES COMO MA-- CRÓFAGOS, CÉLULAS ENDOTELIALES, OSTEOLASTOS, CEMENTOLASTOS Y FI BROBLASTOS.

EL LIGAMENTO MIDE DE ANCHO DE 2.5 A 0.1 MM., DEPENDIENDO DE LA -- EDAD DEL PACIENTE.

EL LIGAMENTO PERIODONTAL TIENE FUNCIONES MUY IMPORTANTES COMO SON:

FUNCIÓN FÍSICA.

COMO LA TRANSMISIÓN DE FUERZAS OCLUSALES AL HUESO, LA RESISTENCIA AL IMPACTO DE LAS FUERZAS OCLUSALES, LA INSERCIÓN DEL DIENTE AL HUESO.

FUNCIÓN NUTRITIVA.

EL LIGAMENTO PERIODONTAL APORTA NUTRIENTES AL HUESO Y A LOS TEJIDOS MEDIANTE LOS VASOS SANGUÍNEOS.

FUNCIÓN SENSORIAL.

LA INERVACIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL NOS DA LA SENSIBILIDAD -- PROPIOCEPTIVA Y TÁCTIL.

AHORA ESTUDIAREMOS LOS TEJIDOS DUROS DEL PERIODONTO.

4. CEMENTO.

EL CEMENTO ESTÁ FORMADO POR TEJIDO MESENQUIMATOSO CALCIFICADO; SE ENCUENTRA EN LA RAÍZ CUBRIENDO O RODEANDO LA DENTINA, SU COLOR ES AMARILLO PÁLIDO DE ASPECTO PÉTREO.

AL CEMENTO LO VAMOS A CLASIFICAR EN: CEMENTO ACELULAR Y CEMENTO - CELULAR.

EL CEMENTO ACELULAR APARECE EN EL TERCIO CERVICAL DE LA RAÍZ DEL DIENTE; Y EL CEMENTO CELULAR EN LA PARTE APICAL Y MEDIA DE LA --- RAÍZ DEL DIENTE.

LOS DOS TIPOS DE CEMENTO ESTÁN CONSTITUIDOS POR UNA MATRÍZ INTER-FIBRILAR CALCIFICADA Y FIBRILLAS COLÁGENAS.

EL CEMENTO CELULAR CONTIENE CEMENTOCITOS QUE SE ENCUENTRAN EN LOS ESPACIOS CELULARES A LOS QUE SE LES DA EL NOMBRE DE "LAGUNA CEMENTARIA". EL CEMENTO ACELULAR CONTIENE FIBRILLAS COLÁGENAS CALCIFICADAS; PERO LA MAYOR PARTE DE LA ESTRUCTURA LA FORMAN LAS FIBRAS DE SHARPEY; ESTAS FIBRAS SON LA PORCIÓN INCLUIDA DE LAS FIBRAS -- PRINCIPALES DE LIGAMENTO PERIODONTAL; ESTÁN FORMADAS POR FIBROBLASTOS; MIENTRAS QUE EN EL CEMENTO CELULAR ESTAS FIBRAS OCUPAN UNA - PORCIÓN MENOR.

ES IMPORTANTE DETERMINAR QUE EXISTEN TRES FORMAS DE UNIÓN AMELO-- CEMENTARIA; PRIMERO CUANDO EL CEMENTO CUBRE AL ESMALTE; EL SEGUNDO CUANDO EL CEMENTO Y EL ESMALTE QUEDA BORDE A BORDE; Y EL TERCERO CUANDO LA DENTINA QUEDA DESCUBIERTA CUANDO EL CEMENTO Y EL ESMALTE NO SE PONEN EN CONTACTO.

EL CEMENTO TIENE VARIAS FUNCIONES, ENTRE ELLAS LA FIJACIÓN DE LAS FIBRAS DE LIGAMENTO; TIENE FUNCIÓN FORMATIVA Y FUNCIÓN DE PROTECCIÓN.

COMO YA SABEMOS, EL CEMENTO ESTÁ EN CONSTANTE FORMACIÓN Y REABSORCIÓN, ESTE FENÓMENO ES ESTIMULADO POR LA FUNCIÓN OCLUSAL.

5. HUESO ALVEOLAR.

LOS PROCESOS ALVEOLARES TANTO DE LA MANDÍBULA COMO DEL MAXILAR, ESTÁN FORMADOS POR HUESOS, QUE FORMAN Y SOSTIENEN LOS ALVEOLOS DENTARIOS, EN DONDE ESTÁN COLOCADOS LOS DIENTES.

A LA PARED INTERNA DEL ALVEOLO SE LE DA EL NOMBRE DE HUESO ALVEOLAR, TAMBIÉN SE LE LLAMA LÁMINA DURA, CORTICAL O CRIVIFORME; RADIOGRÁFICAMENTE ESTE HUESO SE OBSERVA COMO UNA LÍNEA RADIOPACA Y DELGADA. EL HUESO DE SOSTÉN QUE FORMAN LAS TRABÉCULAS ES DE TIPO ESPONJOSO. Y LAS TABLAS VESTIBULAR Y PALATINA ESTÁN FORMADAS POR HUESO COMPACTO.

EL HUESO ALVEOLAR ESTÁ FORMADO POR UNA MATRÍZ CALCIFICADA EN DONDE SE ENCUENTRAN OSTEOCITOS EN UN LUGAR LLAMADO LAGUNA, ESTAS CÉLULAS RECIBEN OXÍGENO Y NUTRIENTES POR UNOS CANALÍCULOS QUE SE ENCUENTRAN EN DICHA RAÍZ.

A LAS CÉLULAS FORMADORAS DE HUESO SE LES LLAMA OSTEOBLASTOS, Y A LAS CÉLULAS QUE DESTRUYEN HUESO OSTEOCLASTOS. LAS FIBRAS QUE ANCLAN EL DIENTE AL ALVEOLO SE LLAMAN "FIBRAS SHARPEY".

CAPITULO III.

ENFERMEDAD PERIODONTAL.

1. GINGIVITIS.

LA GINGIVITIS, ES LA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA CON CAMBIOS EN EL COLOR, FORMA, CONSISTENCIA Y TEXTURA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

LAS CARACTERÍSTICAS DE LA GINGIVITIS SE DETERMINAN MEDIANTE LA VALORACIÓN DE LA REACCIÓN INFLAMATORIA.

GINGIVITIS AGUDA.

PRESENTA UNA ENCÍA ROJA BRILLANTE Y PRESENTA DOLOR, SUELE ESTAR ULCERADA Y HEMORRÁGICA, SE INSTALA REPENTINAMENTE Y ES DE CORTA DURACIÓN.

GINGIVITIS CRÓNICA.

SE INSTALA CON LENTITUD, ES DE LARGA DURACIÓN E INDOLORA, SALVO QUE SE COMPLIQUE CON EXACERBACIONES AGUDAS.

LA GINGIVITIS CRÓNICA ES EL TIPO COMÚN; LOS PACIENTES POCAS VECES RECUERDAN HABER SENTIDO SÍNTOMAS AGUDOS.

LOS CAMBIOS DE COLOR EN LA ENCÍA, SON SIGNOS CLÍNICOS MUY IMPORTANTES EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL. EN LA GINGIVITIS CRÓNICA EL COLOR ES EL PRIMERO QUE CAMBIA Y SE OBSERVA PRIMERO EN LAS PAPILAS; Y LUEGO EL CAMBIO DE COLOR INVADE LA ENCÍA MARGINAL Y POSTERIORMENTE

LA ENCÍA INSERTADA. EL COLOR PASA POR UNA GAMA DE DIVERSOS TONOS, DE ROJO A AZUL ROJIZO Y AZUL OSCURO A MEDIDA QUE AUMENTA LA CRONICIDAD DEL PROCESO INFLAMATORIO. LA INTERACCIÓN ENTRE LA DESTRUCCIÓN Y LA REPARACIÓN AFECTA EL COLOR, TEXTURA, TAMAÑO Y CONSISTENCIA. EN LA FORMA SE VE AUMENTADO EL TAMAÑO O SEA TURGENTE. LA CONSISTENCIA DE LA ENCÍA, SE VE BLANDA Y EN LA TEXTURA EL PUNTI--LLEO DESAPARECE Y SE VE LISA Y BRILLANTE. LA GINGIVITIS CRÓNICA PUEDE SER LOCALIZADA O GENERALIZADA.

ETIOLOGÍA.

ENTRE LOS FACTORES QUE PUEDEN PRODUCIR GINGIVITIS PODEMOS MENCIONAR LOS SIGUIENTES: PLACA BACTERIANA, SARRO, IMPACTACIÓN Y RETENCIÓN DE ALIMENTOS, DIENTES EN MALA POSICIÓN, MÁRGENES DESBORDANTES DE OBTURACIONES DEFECTUOSAS, PRÓTESIS MAL DISEÑADAS O MAL ADAPTADAS, HIGIENE BUCAL DEFECTUOSA O INADECUADA, EMBARAZO Y POSTMENOPÁUSICA.

2. PERIODONTITIS.

ES LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LA ENCÍA Y DE LOS TEJIDOS DEL PERIODONTO. SE CARACTERIZA POR LA FORMACIÓN DE BOLSAS Y DESTRUCCIÓN ÓSEA; LA PERIODONTITIS ES CONSIDERADA COMO LA SECUELA DE LA GINGIVITIS QUE AVANZÓ Y HA SIDO DESCUIDADA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

LA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA SE EXTIENDE HACIA LOS TEJIDOS DE SOPORTE

Y DESTRUYE PARTE DEL LIGAMENTO PERIODONTAL. EL RASGO CARACTERÍSTICO DE LA PERIODONTITIS ES LA BOLSA PERIODONTAL. SIEMPRE ESTE PROCESO VA ACOMPAÑADO DE REABSORCIÓN ÓSEA, EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA PERIODONTITIS SE BASA EN LA INFLAMACIÓN GINGIVAL, LA BOLSA, EL EXUDADO DE ESAS BOLSAS, LA REABSORCIÓN ÓSEA Y LA EMIGRACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL HACIA APICAL, ASÍ COMO TAMBIÉN LA MOVILIDAD DENTARIA.

LAS RADIOGRAFÍAS PONEN DE MANIFIESTO LA DESTRUCCIÓN DEL HUESO QUE SE HACE APARENTE POR UNA REDUCCIÓN EN LA ALTURA DE LOS TABIQUES INTERDENTALES E ITERRADICULARES.

TRATAMIENTO: LEGRADO.

3. BOLSA PERIODONTAL.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA BOLSA PERIODONTAL.

UNA BOLSA PERIODONTAL ES LA PROFUNDIZACIÓN PATOLÓGICA DEL SURCO GINGIVAL, ES UNA CARACTERÍSTICA IMPORTANTE EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. EL AVANCE PROGRESIVO DE LA BOLSA CONDUCE A LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE, AFLOJAMIENTO Y EXFOLIACIÓN DE LOS DIENTES.

TEJIDO PERIODONTAL

SANO



TEJIDO PERIODONTAL

CON BOLSA



4. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN.

LAS BOLSAS PERIODONTALES SE CLASIFICAN SEGÚN LA MORFOLOGÍA Y SU RELACIÓN CON LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES:

BOLSA GINGIVAL (RELATIVA).

ESTÁ FORMADA POR EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL SIN DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES SUBYACENTES. EL SURCO SE PROFUNDIZA A EXPENSAS DEL AUMENTO DE VOLUMEN DE LA ENCÍA.

BOLSA PERIODONTAL (ABSOLUTA).

ES LA PROFUNDIZACIÓN PATOLÓGICA DEL SURCO GINGIVAL; HAY DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.

LAS BOLSAS PERIODONTALES ABSOLUTAS SE DIVIDEN EN DOS CLASES:

- A) SUPRAÓSEA: EL FONDO DE LA BOLSA ES CORONAL AL HUESO ALVEOLAR SUBYACENTE.
- B) INFRAÓSEA: EL FONDO DE LA BOLSA ES APICAL AL NIVEL DEL HUESO ALVEOLAR; EN ESTE TIPO, LA PARED LATERAL DE LA BOLSA ESTÁ ENTRE LA SUPERFICIE DENTARIA Y EL HUESO ALVEOLAR.

BOLSA SUPRAÓSEA



BOLSA INFRAÓSEA



EN EL DIENTE PUEDEN EXISTIR BOLSAS PERIODONTALES DE DIFERENTES PROFUNDIDADES EN SUS DIFERENTES SUPERFICIES O SUPERFICIES VECINAS DE UN MISMO ESPACIO INTERDENTARIO.

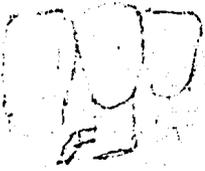
CLASIFICACIÓN POR EL NÚMERO DE CARAS AFECTADAS:

SIMPLES: UNA CARA DEL DIENTE.

COMPUESTAS: DOS O MÁS CARAS DEL DIENTE.

COMPLEJAS: HAY UNA BOLSA ESPIRADA QUE NACE EN UNA SUPERFICIE DENTARIA Y DA VUELTA ALREDEDOR DEL DIENTE Y AFECTA A UNA CARA ADICIONAL O MÁS.

SIMPLE



COMPUESTA



COMPLEJA



5. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

EL MÉTODO SEGURO DE LOCALIZAR LAS BOLSAS PERIODONTALES ES EL SONDEO CUIDADOSO DEL MARGEN GINGIVAL EN CADA CARA DEL DIENTE.

SE EXAMINA CON LA SONDA DEL SURCO GINGIVAL PARA AVERIGUAR SU PROFUNDIDAD, SU ESTADO Y CONTENIDO. SE UTILIZA LA SONDA COMO EXPLORADOR SUBGINGIVAL PARA LOCALIZAR LA BASE DE LA BOLSA O EL SURCO GINGIVAL. SE INSERTA SUAVEMENTE ENTRE LA ENCÍA Y EL DIENTE HASTA QUE SE NOTA RESISTENCIA.

SE APLICA LA PRESIÓN APICAL CON LIGERA MANIPULACIÓN LATERAL PARA DETERMINAR SI SE HA ALCANZADO EL FONDO DE LA BOLSA. UNA BOLSA -- HEMORRÁGICA O QUE SUPURA, A UNA PAPILA GINGIVAL INFLAMADA REQUIEREN TRATAMIENTO Y EL MÉTODO DEPENDERÁ EN PARTE DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.

LOS SIGNOS CLÍNICOS QUE PUEDEN INDICAR LA PRESENCIA DE LA BOLSA - PERIODONTAL SON:

- A) ENCÍA MARGINAL ROJO-AZULADA AGRANDADA CON UN BORDE (ENROLLADO) SEPARADO DE LA SUPERFICIE DENTARIA.
- B) UNA ZONA VERTICAL AZUL-ROJIZA DESDE EL MARGEN GINGIVAL HASTA LA ENCÍA INSERTADA A VECES, HASTA LA MUCOSA ALVEOLAR.
- C) UNA ROTURA DE LA CONTINUIDAD VESTIBULO-LINGUAL DE LA ENCÍA INTERDENTARIA.
- D) ENCÍA BRILLANTE, INFLAMADA Y CON CAMBIOS DE COLOR ASOCIADA A SUPERFICIES RADICULARES EXPUESTAS.
- E) SANGRADO GINGIVAL.
- F) EXUDADO PURULENTO EN EL MARGEN GINGIVAL O SU APARICIÓN AL HACER PRESIÓN DIGITAL SOBRE LA SUPERFICIE LATERAL DEL MARGEN GINGIVAL.
- G) MOVILIDAD, EXTRUCCIÓN Y MIGRACIÓN DENTARIA.
- H) APARICIÓN DE DIASTEMAS DONDE NO LOS HABÍA.

POR LO GENERAL LAS BOLSAS PERIODONTALES SON INDOLORAS PERO PUEDEN

GENERAR LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

- A) DOLOR LOCALIZADO O SENSACIÓN DE PRESIÓN DESPUÉS DE COMER, - QUE DISMINUYE GRADUALMENTE.
- B) SABOR DESAGRADABLE EN ÁREAS LOCALIZADAS; UNA TENDENCIA A SUCCIONAR MATERIAL DE LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS; DOLOR IRRADIADO EN LA PROFUNDIDAD DEL HUESO, LA NECESIDAD DE INSTRUMENTO PUNTIAGUDO EN LAS ENCÍAS, CON ALIVIO POR EL SANGRADO QUE SIGUE. PREFERENCIA POR COMER DEL OTRO LADO, SENSIBILIDAD AL FRÍO Y AL CALOR; DOLOR DENTARIO EN AUSENCIA DE CARIES.

6. ETIOLOGÍA.

LAS BOLSAS PERIODONTALES SON ORIGINADAS POR IRRITANTES LOCALES - (MICRO-ORGANISMOS Y SUS PRODUCTOS, RESIDUOS DE ALIMENTOS, ETC.), QUE PRODUCEN ALTERACIONES PATOLÓGICAS EN LOS TEJIDOS QUE PROFUNDIZAN EL SURCO GINGIVAL. NO HAY ENFERMEDADES GENERALES QUE PRODUZCAN BOLSAS PERIODONTALES.

EL ORDEN DE LAS ALTERACIONES QUE SUFRE EL SURCO GINGIVAL NORMAL A BOLSAS PERIODONTALES ES COMO SIGUE:

LA FORMACIÓN DE LA BOLSA COMIENZA CON UN CAMBIO INFLAMATORIO EN LA PARED DEL TEJIDO CONECTIVO DEL SURCO GINGIVAL, ORIGINADO POR LA IRRITACIÓN LOCAL.

EL EXUDADO INFLAMATORIO CELULAR Y LÍQUIDO CAUSA LA DEGENERACIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO CIRCUNDANTE INCLUYENDO LAS FIBRAS GINGIVALES.

JUNTO CON LA INFLAMACIÓN LA ADHERENCIA EPITELIAL SE DESPRENDE DE LA RAÍZ Y PROLIFERA A LO LARGO DE ÉSTA. A MEDIDA QUE LA INFLAMACIÓN CONTINÚA, LA ENCÍA AUMENTA DE TAMAÑO Y LA CRESTA DEL MARGEN GINGIVAL SE EXTIENDE HACIA LA CORONA. LA ADHERENCIA EPITELIAL - CONTINÚA SU EMIGRACIÓN A LO LARGO DE LA RAÍZ Y SE SEPARA DE ELLA.

7. TRATAMIENTO DE LAS BOLSAS PERIODONTALES.

CURETAJE RADICULAR.

CONSISTE EN LA REMOCIÓN DEL TEJIDO DEGENERADO Y NECRÓTICO QUE TAPIZA LA PARED GINGIVAL, DE LAS BOLSAS PERIODONTALES ASÍ COMO TAMBIÉN EL SARRO, TEJIDO GRANULOMATOSO Y CEMENTO REBLANDECIDO DE LA RAÍZ DEL DIENTE HASTA DEJARLA LIMPIA Y LISA.

TÉCNICA.

ANTES DE EMPRENDER LA CIRUGÍA EL DENTISTA DEBE PLANIFICAR PARA TRABAJAR EN UN SOLO DIENTE O EN UN SEGMENTO DEL ARCO DENTARIO EN UNA SESIÓN.

- A) SE ANESTESIA AL PACIENTE EN LA ZONA DONDE SE VA A LLEVAR A CABO EL CURETAJE RADICULAR.

- B) CON BISTURÍ MANGO BARD PARKER O BISTURÍ DE FISHER, HOJA DOCE, VAMOS A SEPARAR LAS PAPILAS DE LOS DIENTES.
- C) CON LEGRA VAMOS A SEPARAR COLGAJO.
- D) CON CURETAS VAMOS A ELIMINAR SARRO, TEJIDO GRANULOMATOSO Y CEMENTO REBLANDECIDO EN LA RAÍZ DEL DIENTE HASTA DEJARLA LIMPIA Y LISA. VAMOS A ESTAR LAVANDO CONTÍNUAMENTE CON SUERO FISIOLÓGICO O AGUA BIDEUTILADA.
- E) CON TIJERAS O CURETA, SE CURETEA LA PARED BLANDA DE LA BOLSA PERIODONTAL; DEBEMOS TENER CUIDADO DE NO DESGARRAR O PERFORAR EL COLGAJO.
- F) LAVAMOS CON SUERO FISIOLÓGICO O AGUA BIDEUTILADA.
- G) LLEVAMOS EL COLGAJO A SU LUGAR Y SUTURAMOS INTERPROXIMALMENTE CON PUNTOS AISLADOS CON SEDA 3 Ó 4 CEROS.
- H) SE COLOCA UN APOSITO DE CEMENTO QUIRÚRGICO.

AL PACIENTE SE LE RECOMIENDA DIETA BLANDA Y QUE EVITE ALIMENTOS CONDIMENTADOS O ÁCIDOS. DAR MEDICACIÓN POST-OPERATORIA PARA EL DOLOR, TAMBIÉN SE LE RECETA VITAMINA "C" PARA AYUDAR A LA CICATRIZACIÓN. ES CONVENIENTE PREPARAR LAS INSTRUCCIONES POST-OPERATORIAS EN UNA HOJA IMPRESA, PUES EL PACIENTE PUEDE OLVIDAR LAS INS-

TRUCCIONES VERBALES. A LOS OCHO DÍAS, RETIRAMOS APOSITO Y SUTURAS.

CON FRECUENCIA, PERO NO SIEMPRE, EL TRATAMIENTO PERIODONTAL QUIRÚRGICO DEBERÁ SER AUXILIADO POR LAS FÉRULAS PERIODONTALES TEMPORALES PARA TENER ÉXITO EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL; ES POR ÉSO QUE SE HACE NECESARIO TENER CONOCIMIENTOS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE FÉRULAS TEMPORALES QUE PODAMOS EMPLEAR EN EL TRATAMIENTO PERIODONTAL.

8. FÉRULAS PERIODONTALES TEMPORALES.

(PROVISIONALES).

UNA FÉRULA TEMPORAL ES UN APARATO QUE UNE DOS O MÁS DIENTES PARA PROPORCIONAR SOPORTE, INMOVILIZACIÓN O ESTABILIDAD. SON AUXILIARES ÚTILES EN EL TRATAMIENTO PERIODONTAL CON LAS SIGUIENTES FINALIDADES:

- A) PROTEGER DIENTES QUE PRESENTEN MOVILIDAD CONTRA LESIÓN PERIODONTAL AL ESTABILIZARLO EN UNA RELACIÓN OCLUSAL FAVORABLE.
- B) REDUCIR LA MOVILIDAD INMEDIATA.
- C) DISTRIBUIR LAS FUERZAS OCLUSALES PARA QUE LOS DIENTES DEBILITADOS POR LA PÉRDIDA DEL SOPORTE PERIODONTAL NO TENGAN MOVILIDAD.

- D) PREVENIR LA MIGRACIÓN Y LA EXTRUCCION.
- E) MEJORAR LA FUNCIÓN MASTICATORIA.
- F) ELIMINAR LAS MOLESTIAS Y EL DOLOR.

LAS FÉRULAS TEMPORALES SE EMPLEAN DURANTE UN TIEMPO LIMITADO PARA AYUDAR A CONSERVAR DIENTES MÓVILES DESPUÉS DEL CURETAJE RADICULAR O PROCEDIMIENTOS PERIODONTALES QUIRÚRGICOS.

LAS FÉRULAS TEMPORALES PUEDEN SER EXTERNAS (ABARCAN LAS SUPERFICIES EXTERNAS DE LOS DIENTES) O INTERNAS (REEMPLAZAN PARTE DE LA ESTRUCTURA DENTARIA).

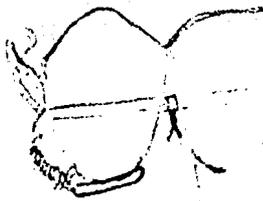
FÉRULAS TEMPORALES EXTERNAS:

LIGADURA DE ALAMBRE: ESTA ES LA FORMA MÁS COMÚN DE FÉRULAS TEMPORALES Y SU USO SE LIMITA FUNDAMENTALMENTE A LOS DIENTES ANTERIORES. SE USA ALAMBRE DE ACERO INOXIDABLE DE 0.17 A 0.25 MM.

SE DOBLA UN ALAMBRE DE UNOS 20 CM. A MODO DE ARCO Y SE COLOCA ALREDEDOR DE LOS SEIS ANTERIORES. SI HAY PRIMEROS PREMOLARES, SE INCLUYEN EN LA FÉRULA PARA QUE HAYA MAYOR ESTABILIDAD.

LOS EXTREMOS DEL ASA SE RETUERCCEN DE MANERA QUE MANTENGA EL ALAMBRE EN POSICIÓN INCISAL AL CÍNGULO.

SE COLOCAN ASAS INTERPROXIMALES QUE TOMEN EN LA PARTE VESTIBULAR Y LINGUAL DEL ASA HORIZONTAL, SE AJUSTA Y DESPUÉS SE AJUSTAN LAS ASAS INTERPROXIMALES, POR ORDEN. UNA VEZ AJUSTADAS TODAS LAS --- ASAS SE DOBLAN LOS EXTREMOS Y SE INTRODUCEN EN LOS ESPACIOS INTER PROXIMALES PARA QUE NO IRRITEN LA ENCÍA, LA LENGUA O LOS CARRILLOS (DIBUJO 5). HAY QUE TENER CUIDADO DE QUE LA FÉRULA NO SE DESPLA CE HACIA INCISAL O HACIA GINGIVAL. ESTE DESPLAZAMIENTO SE NEUTRA LIZA MEDIANTE ASAS CERVICALES (DEBAJO DEL CÍNGULO) O ASAS INCISA- LES (ENCIMA DE LOS PUNTOS DE CONTACTO); ESTOS CONTRARRESTAN LA DI RECCIÓN DEL DESLIZAMIENTO Y MANTIENE LA FÉRULA EN SU LUGAR. LOS ALAMBRES SE CUBREN CON ACRÍLICO DE ANTROPOLIMERIZACIÓN; ESTO MEJO- RA LA ESTÉTICA, REDUCE LA IRRITACIÓN Y EVITA EL DESPLAZAMIENTO. (DIBUJO 5).



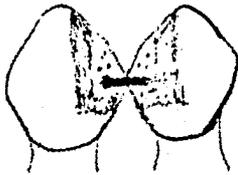
FÉRULAS CON BANDAS DE ORTODONCIA.

SE PUEDE HACER UNA FÉRULA TEMPORAL EFICAZ MEDIANTE LA UNIÓN DE UNA SERIE DE BANDAS ORTODÓNTICAS. ESTE TIPO DE FÉRULAS SE USA CON FRECUENCIA EN LOS DIENTES POSTERIORES. SE PUEDEN AJUSTAR LAS BANDAS (ACERO INOXIDABLE DE 0.003 A 0.005) DIRECTAMENTE SOBRE LOS DIENTES Y DESPUÉS SOLDARLOS O HACER TODA LA FÉRULA SOBRE EL MODELO. LAS BANDAS SE ADAPTARÁN CORRECTAMENTE Y SE DEJARÁN LEJOS DE LA ENCÍA, PARA DARLES ASPECTO MÁS ESTÉTICO SE PUEDEN PINTAR LAS FÉRULAS CON ACRÍLICO.

FÉRULAS TEMPORALES INTERNAS.

FÉRULA TEMPORAL DE ACRÍLICO.

LAS FÉRULAS REQUIEREN EL TALLADO DE UN CANAL DE UNOS 3 MM. DE ANCHO POR 2 MM. DE PROFUNDIDAD EN VARIOS DIENTES. SE COLOCAN RESTAURACIONES DE ACRÍLICO REFORZADOS CON UN ALAMBRE HORIZONTAL INCLUIDO QUE LAS UNE. POR LO GENERAL SE USAN DIENTES ANTERIORES. SE PULEN LAS FÉRULAS Y SE AJUSTA LA OCLUSIÓN. (DIBUJO 6).



FÉRULA TEMPORAL DE AMALGAMA.

ES SIMILAR A LA FÉRULA TEMPORAL DE ACRÍLICO, SU USO ESTÁ LIMITADO A LOS DIENTES POSTERIORES; SE TALLAN DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS DE LA OPERATORIA.

SE HACE UNA MATRIZ DE ACRÍLICO DE ANTROPOLIMERIZACIÓN Y SE VUELVE A COLOCAR LA MATRIZ EN LA BOCA; SE CONDENSA AMALGAMA DE UNA SOLA VEZ DE ESTA MANERA, LA FÉRULA PUEDE ABARCAR DE 2 A 5 DIENTES.

NORMAS PARA LA CONFECCIÓN DE FÉRULAS PERIODONTALES.

- A) EN LA FÉRULA SE INCLINARÁ UNA CANTIDAD SUFICIENTE DE DIENTES FIRMES. LA SUPERFICIE FUNCIONANTE DE LOS DIENTES FIRMES DEBE SER POR LO MENOS UNA MEDIDA O DOS VECES LA DE LOS DIENTES MÓVILES. SI LA SUPERFICIE FUNCIONANTE DE LOS DIENTES DÉBILES ES IGUAL O MAYOR QUE LA DE LOS FIRMES, SE PODRÍA PRESENTAR MOVILIDAD EN ÉSTOS (EN LOS DIENTES FIRMES).

- B) LA FÉRULA INCLUIRÁ DIFERENTES SECTORES DEL ARCO; EVITE QUE LA FÉRULA SE COLOQUE EN LÍNEA RECTA CONFINADA A UN SEGMENTO DEL ARCO. POR EJEMPLO, AL COLOCAR LA FÉRULA EN LOS DIENTES ANTERIORES, INCLÚYASE UN DIENTE DISTAL A CADA CANINO; ÉSTO PREVEÉ LOS MOVIMIENTOS DE INCLINACIÓN VESTIBULO-LINGUAL Y -ANTEROPSTERIOR Y EVITA FUERZAS LATERALES EXCESIVAS. AL COLOCAR LA FÉRULA EN LOS DIENTES POSTERIORES, EXTIÉNDASE LA FÉRULA MÁS ALLÁ DEL CANINO, COMO MEDIDA DE PRECAUCIÓN CONTRA

EL MOVIMIENTO VESTIBULO-LINGUAL DE LA FÉRULA.

- C) LA FÉRULA NO DEBE IRRITAR LA ENCÍA, CARRILLOS, LABIOS O LENGÜA; NO DEBE RETENER ALIMENTOS Y DEBE PROPORCIONAR LOS NICHOS ADECUADOS Y TAMBIÉN PROTEGER A LA ENCÍA CONTRA LA IMPACTACIÓN DE ALIMENTOS.
- D) CONVÉNZACE AL PACIENTE DE LA IMPORTANCIA DE MANTENER LA FÉRULA MINUCIOSAMENTE LIMPIA. LA PLACA DENTARIA Y LOS RESIDUOS DE ALIMENTOS CAUSAN INFLAMACIÓN, LA CUAL ALTERA LOS TEJIDOS PERIODONTALES Y ATENTA CONTRA LOS BENEFICIOS DE LA FÉRULA.

CAPITULO IV

ASPECTOS PERIODONTALES DE LA PROTESIS PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE

EL TRATAMIENTO PERIODONTAL DEBE SER TERMINADO ANTES DE COMENZAR LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS RESTAURADORES EN CUALQUIER PACIENTE. ESTO ES PARTICULARMENTE VIGENTE CUANDO SE CONTEMPLA LA CONFECCIÓN DE UNA PRÓTESIS FIJA O REMOVIBLE, YA QUE EL ÉXITO FINAL DE ESTAS RESTAURACIONES SE BASA DIRECTAMENTE EN LA SALUD Y EN LA INTEGRIDAD DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE DE LOS DIENTES - (ESPECIALMENTE AQUELLOS QUE SE TOMARÁN COMO PILARES).

LA TERAPIA PERIODONTAL PREVIA A LA FABRICACIÓN DE UNA PRÓTESIS PARCIAL FIJA O REMOVIBLE POSEE VARIAS VENTAJAS: LA ELIMINACIÓN DE LAS BOLSAS PERIODONTALES ESTABLECE UN CONTORNO GINGIVAL NORMAL EN UNA POSICIÓN ESTABLE SOBRE LA SUPERFICIE RADICULAR; ASÍ PODRÁN ESTABLECERSE CON EXACTITUD LA POSICIÓN DE LOS MÁRGENES - GINGIVALES DE LAS RESTAURACIONES; LOS CONTORNOS CORONARIOS DE - ESTAS RESTAURACIONES TAMBIÉN PUEDEN DESARROLLARSE EN RELACIÓN - CORRECTA CON EL MÁRGEN GINGIVAL, ASEGURANDO EL GRADO DE PROTECCIÓN ADECUADO Y LA ESTIMULACIÓN FUNCIONAL DE LOS TEJIDOS GINGIVALES; LA RESPUESTA DE LOS DIENTES ESTRATÉGICOS Y A LA VEZ DUDOSOS A LA TERAPIA PERIODONTAL BRINDAN UNA OPORTUNIDAD IMPORTANTE PARA REVALUAR EL PRONÓSTICO, ANTES DE LA DECISIÓN FINAL DE INCLUIR O EXCLUIR A ÉSTOS EN EL DISEÑO DE LA PRÓTESIS PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE.

UNA VEZ TERMINADO EL TRATAMIENTO PERIODONTAL, Y HABIENDO DEJADO EL PERIODONTO EN ESTADO DE SALUD, PASAMOS A LA FASE RESTAURADORA.

LO QUE PRETENDEMOS EN ESTE CAPÍTULO ES HACER NOTAR QUE LA PERFECCIÓN DE ESTA TÉCNICA ES IMPORTANTE EN LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA; YA QUE LA ADAPTACIÓN DE LOS MÁRGENES, CONTORNOS Y LAS RELACIONES PROXIMALES DE LOS RETENEDORES DE LOS PUENTES FIJOS, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS PÓNTICOS, CUMPLEN REQUISITOS BIOLÓGICOS FUNDAMENTALES DE LA ENCÍA Y TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE. DEL MISMO MODO, LA PERFECCIÓN TÉCNICA EN LOS COMPONENTES DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE (BASE, RETENEDOR APOYO OCLUSAR Y CONECTOR MAYOR) SERÁ IMPORTANTE PARA QUE SE CUMPLAN ESTOS REQUISITOS BIOLÓGICOS.

PARA LA COMPRESIÓN DE ESTE CAPÍTULO Y SEGUIR UNA FORMA ORDENADA, ESTUDIAREMOS PRIMERAMENTE A LA PRÓTESIS FIJA Y POSTERIORMENTE A LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

1. PRÓTESIS FIJA.

COMPONENTES DE UN PUENTE FIJO.

UN PUENTE FIJO ESTÁ COMPUESTO DE LAS SIGUIENTES PARTES PRINCIPALES: RETENEDORES, PIEZAS INTERMEDIAS Y CONECTORES. EL RETENEDOR ES UNA RESTAURACIÓN QUE ASEGURA EL PUENTE A UN DIENTE DE ANCLAJE; LAS PIEZAS INTERMEDIAS O PÓNTICOS SON LA PARTE DEL PUENTE QUE SUSTITUYE AL DIENTE NATURAL PERDIDO; EL CONECTOR ES LA UNIÓN ENTRE LAS PIEZAS INTERMEDIAS Y EL RETENEDOR.

2. RETENEDORES DE LOS PUENTES FIJOS.

COMO YA DIJIMOS ANTERIORMENTE, EL RETENEDOR DE UN PUENTE FIJO, ES LA RESTAURACIÓN QUE ASEGURA EL PUENTE A UN DIENTE DE ANCLAJE. EN UN PUENTE SIMPLE HAY DOS RETENEDORES, UNO A CADA EXTREMO DEL PUENTE, CON LA PIEZA INTERMEDIA UNIDA ENTRE LAS DOS; EN UN PUENTE MÁS COMPLEJO SE PUEDEN USAR OTRAS COMBINACIONES.

LOS RETENEDORES SE DIVIDEN EN TRES GRUPOS GENERALES; INTRACORONALES, EXTRACORONALES E INTRARRADICULARES.

LOS RETENEDORES INTRACORONALES, PENETRAN PROFUNDAMENTE EN LA CORONA DEL DIENTE Y SON BÁSICAMENTE PREPARACIONES PARA INCRUSTACIONES (MOD, MO Y DO).

LOS RETENEDORES INTRARRADICULARES SE USAN EN LOS DIENTES DESVITALIZADOS QUE YA HAN SIDO TRATADOS POR MEDIOS ENDODÓNTICOS, OBTENIÉNDOSE LA RETENCIÓN POR MEDIO DE UN ESPIGO QUE SE ALOJA EN EL INTERIOR DEL CONDUCTO RADICULAR (RICHMOND).

LOS RETENEDORES EXTRACORONALES PENETRAN MENOS ADENTRO DE LA CORONA DEL DIENTE Y SE EXTIENDEN ALREDEDOR DE LAS SUPERFICIES AXIALES DEL DIENTE. SON MUCHAS LAS RESTAURACIONES EXTRACORONALES QUE SE UTILIZAN COMO RETENEDORES DE PUENTES FIJOS; CORONA VENNER, 3/4 (EN PIEZAS ANTERIORES), 4/5 (EN PIEZAS POSTERIORES), Y PINZ LEDJE.

REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR UN RETENEDOR PARA PUENTE FIJO.

FACTORES BIOLÓGICOS.

UN RETENEDOR DEBE CUMPLIR DETERMINADOS REQUISITOS BIOLÓGICOS, - LA RELACIÓN DE UN RETENEDOR DE PUENTE CON LOS TEJIDOS GINGIVALES TIENE MUCHA IMPORTANCIA. HAY DOS ASPECTOS IMPORTANTES QUE SE TIENEN QUE CONSIDERAR: A) LA RELACIÓN DEL MARGEN DE LA RESTAURACIÓN Y SU EFECTO EN LA CIRCULACIÓN DE LOS ALIMENTOS.

A) RELACIÓN DEL MARGEN DE LA RESTAURACIÓN CON EL TEJIDO GINGIVAL.

LA POSICIÓN DE LOS BORDES DE LAS RESTAURACIONES EN RELACIÓN CON LA ENCÍA HA SIDO DURANTE MUCHO TIEMPO OBJETO DE CONTROVERSIA.

NADIE DUDA QUE LA EXTENSIÓN SUBGINGIVAL DE LOS BORDES DE LAS RESTAURACIONES PROPORCIONA UNA APARIENCIA MÁS AGRADABLE Y DE QUE LOGRA UNA MEJOR PROTECCIÓN CONTRA LA CARIES CERVICAL; TAMPOCO PUEDE NEGARSE QUE LA PRESENCIA DE MATERIAL PROTÉSICO EN EL SURCO GINGIVAL SUELE PROVOCAR LA IRRITACIÓN DE LA ENCÍA.

NO SIEMPRE ES ACONSEJABLE EXTENDER EL BORDE CERVICAL DE LA CORONA POR DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL; HAY VECES EN QUE LAS ENCÍAS MARGINALES NO PUEDEN TOLERAR LA TERMINACIÓN SUBGINGIVAL Y REACCIONA EN FORMA ADVERSA POR ESA IRRITACIÓN.

SERÍA PRUDENTE UBICAR POR SOBRE GINGIVAL LOS BORDES CERVICALES DE LA RESTAURACIÓN; SÓLO QUEDARÁN EN LA PROXIMIDAD TEJIDO GINGIVAL MARGINAL (DIBUJO 7). LA SENSIBILIDAD DE LOS DIENTES Y LA SUSCEPTIBILIDAD DE CARIES EN ESTOS CASOS PODRÁ SER REDUCIDO POR UN CUIDADOSO RÉGIMEN DE HIGIENE BUCAL Y LAS VISITAS PERIÓDICAS AL DENTISTA. (DIBUJO 7).



B) CONTORNO DE LAS SUPERFICIES AXIALES DE LAS RESTAURACIONES Y SU EFECTO EN LA CIRCULACIÓN DE LOS ALIMENTOS.

SUPERFICIES BUCALES Y LINGUALES.

LAS SUPERFICIES BUCALES HAN DE TENER UN CONTORNO PRECISO PARA PROTEGER EL BORDE GINGIVAL Y LAS PAPILAS INTERPROXIMALES. LAS CORONAS POSEEN DELICADOS CONTORNOS QUE DESVÍAN EL ALIMENTO POR ENCIMA DEL BORDE GINGIVAL LIBRE HASTA LA ENCÍA FIJA QUERATINIZADA. LOS CONTORNOS ANATÓMICOS DE LAS CARAS BUCALES-LINGUALES DE LOS DIENTES PROTEGEN EL BORDE GINGIVAL LIBRE DE LA AGRESIÓN PRODUCIDA POR EL PASO DE ALIMENTOS DURANTE LA MASTICACIÓN.

LA PROTUBERANCIA DE LA CORONA ES LIGERA Y OCUPA UNA POSICIÓN PRECISA EN RELACIÓN CON EL BORDE GINGIVAL; UNA PROTUBERANCIA --

EXAGERADA ORIGINA UNA ZONA DE RETENCIÓN DE ALIMENTOS; ÉSTO PRIVA AL MARGEN GINGIVAL DE LA ACCIÓN MECÁNICA DE LIMPIEZA DE LOS ALIMENTOS, LOS CUALES PUEDEN ESTANCARSE EN EL SURCO GINGIVAL SOBREPOTEGIDO. ASÍ MISMO, EL CONTORNO EXAGERADO DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR PUEDE ENTORPECER LA ACCIÓN MECÁNICA DE LIMPIEZA DE LOS CARRILLOS CONTRA LA SUPERFICIE DENTARIA (DIBUJO 8).



ZONAS DE CONTACTO (ESPACIOS PROXIMALES).

LAS RESTAURACIONES REQUIEREN UN MAYOR VOLUMEN QUE EL QUE EXISTÍA EN UN PRINCIPIO PERO SE HA DE EVITAR LA REDUCCIÓN EXAGERADA DE LA ESTRUCTURA DEL DIENTE CUANDO SE PREPARAN LOS PILARES,

SE ELIMINA LA CANTIDAD SUFICIENTE PARA PERMITIR EL REDONDEADO CUIDADOSO DE LAS UNIONES BUCALES Y LINGUALES QUE PROPORCIONAN EL PASO ADECUADO DE LOS ALIMENTOS. LA FORMA DEL ESPACIO INTERPROXIMAL QUEDA DETERMINADO POR LA FORMA CORONAL DE LAS ÁREAS PROXIMALES DE LOS DIENTES ADYECENTES.

CUANDO EL ESPACIO INTERPROXIMAL ES INADECUADO SUELEN PRODUCIRSE GINGIVITIS, Y CON FRECUENCIA, LA ENCÍA SE HIPERTROFIA. LAS SU-

PERFICIES PROXIMALES DE LAS CORONAS DEBEN ALEJARSE DE LA ZONA - DE CONTACTO HACIA VESTIBULAR, LINGUAL Y APICAL. LAS ZONAS DE - CONTACTO PROXIMAL EXCESIVAMENTE ANCHAS COMPRIMEN LAS PAPILAS GINGIVALES VESTIBULAR Y LINGUAL; LAS PAPILAS PROMINENTES RETIENEN RESIDUOS DE ALIMENTOS, LO CUAL GENERA INFLAMACIÓN GINGIVAL Y FORMACIÓN DE BOLSAS.

LOS CONTORNOS PROXIMALES DEMASIADO ANGOSTOS EN SENTIDO VESTIBULO-LINGUAL CREAN ESPACIOS VESTIBULARES Y LINGUALES AGRANDADOS - QUE NO PROPORCIONAN LA SUFICIENTE PROTECCIÓN CONTRA LA IMPACCIÓN INTERDENTARIA DE ALIMENTOS.

FACTORES DE RETENCIÓN

LAS CUALIDADES RETENTIVAS BIEN APLICADAS SON MUY IMPORTANTES EN EL RETENEDOR DE UN PUNTE PARA QUE ÉSTE RESISTA LAS FUERZAS DE MASTICACIÓN Y NO SEA DESPLAZADO DEL DIENTE POR LAS TENSIONES -- FUNCIONALES. ÉSTO SE LOGRA HACIENDO LAS PAREDES AXIALES DE LAS PREPARACIONES PARA LOS RETENEDORES LO MÁS PARALELAS POSIBLES Y TAN EXTENSAS COMO LO PERMITA EL DIENTE.

FACTORES DE RESISTENCIA.

EL RETENEDOR DEBE POSEER UNA RESISTENCIA ADECUADA PARA OPONERSE A LA DEFORMACIÓN PRODUCIDA POR LAS FUERZAS FUNCIONALES. SI EL RETENEDOR NO ES SUFICIENTEMENTE FUERTE, LAS TENSIONES FUNCIONALES PUEDEN DISTORCIONAR EL COLADO, CAUSANDO LA SEPARACIÓN DE --

LOS MÁRGENES Y EL AFLOJAMIENTO DEL RETENEDOR, AUNQUE LA RETENCIÓN SEA ADECUADA.

FACTORES ESTÉTICOS.

LAS NORMAS ESTÉTICAS QUE DEBE REUNIR UN RETENEDOR DE PUENTE FIJO VARÍA SEGÚN LA ZONA DE LA BOCA EN QUE SE VA A COLOCAR, Y DE UN PACIENTE A OTRO. POR EJEMPLO, UNA CORONA DE ORO COMPLETA SE PUEDE COLOCAR EN UN SEGUNDO MOLAR PERO NO EN LA REGIÓN ANTERIOR. - ALGUNOS PACIENTES SE NIEGAN A QUE SE LES VEA ORO EN CUALQUIER PARTE DE LA BOCA, INCLUSIVE EN LAS REGIONES POSTERIORES Y EN TALES CASOS HABRÍA QUE HACER UNA SELECCIÓN ESPECIAL DE RETENEDORES.

3. PIEZAS INTERMEDIAS O PÓNTICOS.

LA PARTE SUSPENDIDA DEL PUENTE QUE REEMPLAZA AL DIENTE PERDIDO RECIBE EL NOMBRE DE PIEZA INTERMEDIA O PÓNTICO. EXISTEN MUCHAS CLASES DE PIEZAS INTERMEDIAS ACTUALMENTE EN USO Y DIFIEREN EN LOS MATERIALES DE QUE ESTÁN CONSTITUIDAS Y EN LOS MÉTODOS PARA UNIRLAS AL RESTO DEL PUENTE.

REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR LA PIEZA INTERMEDIA O PÓNTICO:

- A) ESTÉTICAMENTE ACEPTABLE.
- B) PROPORCIONAR RELACIONES OCLUSALES FAVORABLES PARA LOS DIENTES PILARES Y DIENTES ANTAGONISTAS, Y PARA EL RESTO DE LA DENTADURA.

- c) RESTAURAR LA EFICIENCIA MASTICATORIA DE DIENTES QUE REEMPLAZA;
- d) DISEÑO DE MODO QUE NO PERMITA LA ACUMULACIÓN DE PLACA DENTARIA Y RESIDUOS DE ALIMENTOS IRRITANTES, Y PERMITA EL MÁXIMO ACCESO PARA LA LIMPIEZA POR PARTE DEL PACIENTE Y
- e) TENER ESPACIO PARA EL PASO DE LOS ALIMENTOS.

RELACIÓN CON LA MUCOSA.

LA PLACA BACTERIANA QUE CAUSA INFLAMACIÓN DE LA MUCOSA, POR DEBAJO DE LOS PÓNTICOS O PIEZAS INTERMEDIAS, Y DE LA ENCÍA QUE RODEA A LOS DIENTES PILARES TIENDEN A ACUMULARSE EN TORNO A LAS PRÓTESIS FIJAS DEPENDEN FUNDAMENTALMENTE DE LA HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE; EL MATERIAL CON QUE ESTÁ CONFECCIONADO NO INTRODUCE DIFERENCIAS Y EL DISEÑO DEL PÓNTICO SÓLO ES IMPORTANTE EN LA MEDIDA QUE PERMITA AL PACIENTE LIMPIAR LA ZONA. LA PLACA BACTERIANA SE ACUMULA EN IGUAL GRADO SOBRE PÓNTICOS HECHOS DE PORCELANA GLACIADA Y NO GLACIADA, ORO PULIDO Y RESINA ACRÍLICA, A PESAR DE QUE LAS SUPERFICIES DE LOS DOS ÚLTIMOS SON MÁS LISAS.

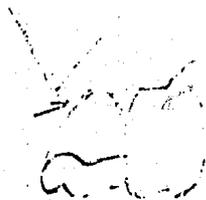
EN LAS PIEZAS INTERMEDIAS O PÓNTICOS SE PUEDEN DISTINGUIR TRES VARIEDADES EN LA RELACIÓN CON LA MUCOSA:

- a) LA PIEZA INTERMEDIA HIGIÉNICA (FORMA DE BOLA),
- b) LA PIEZA INTERMEDIA SUPERPUESTA O ADYACENTE A LA CRESTA ALVEOLAR Y

c) LA PIEZA INTERMEDIA EN FORMA DE SILLA DE MONTAR.

LA PIEZA INTERMEDIA EN FORMA DE BALA HIGIÉNICA, COMO SU NOMBRE LO DICE, ES LA MÁS HIGIÉNICA; SE REBAJAN LAS SUPERFICIES PROXIMALES PARA QUE VAYAN DE MAYOR A MENOR, PARA CREAR ESPACIOS ENTRE LOS PÓNTICOS ADYACENTES, CON LA FINALIDAD DE PERMITIR EL PASO DE ALIMENTOS QUE PRODUCE AUTOLISIS, ESTIMULACIÓN DE LA MUCOSA DESDENTADA POR LA EXCURSIÓN DE LOS ALIMENTOS Y PARA LA LIMPIEZA CON CÉPILLO E HILO DENTAL.

TAMBIÉN DEBE CREAR ESPACIOS ADYACENTES A LOS DIENTES PILARES QUE ACERCAN A LA FORMA Y DIMENSIÓN DEL NICHU NATURAL PARA PROTEGER EL MARGEN GINGIVAL. (DIBUJO 9).



PIEZA INTERMEDIA SUPERPUESTA O ADYACENTES A LA CRESTA ALVEOLAR.

EN EL SECTOR ANTERIOR, DONDE LA CONSIDERACIÓN ESTÉTICA ES LA PRINCIPAL, SE USA EL DISEÑO CON REBORDE MODIFICADO. EL PÓNTICO SIGUE EL CONTORNO VESTIBULAR DEL REBORDE HASTA LA CRESTA, DONDE SE UNE CON LA SUPERFICIE LINGUAL.

LA SUPERFICIE LINGUAL DEL PÓNTICO DEBE SEGUIR LA FORMA DENTARIA NORMAL HASTA ALREDEDOR DE LA MITAD DE SU LONGITUD OCLUSO GINGIVAL, DESPUÉS AFINARSE EN FORMA CONVEXA PARA ALCANZAR LA PARTE VESTIBULAR EN LA CRESTA DEL REBORDE. (DIBUJO 10).



EL EXTREMO DEL PÓNTICO APENAS DEBE HACER CONTACTO CON LA MUCOSA DESDENTADA. NO HAY QUE RASPAR LOS MODELOS PARA TRATAR DE ACENTAR EL PÓNTICO EN LA MUCOSA; EL HACERLO CREA UN SURCO ALREDEDOR DEL PÓNTICO DONDE SE ACUMULARÁN RESIDUOS DE ALIMENTOS.

PIEZA INTERMEDIA EN FORMA DE SILLA DE MONTAR.

LOS PÓNTICOS EN FORMA DE SILLA DE MONTAR, QUE SE APOYAN SOBRE EL REBORDE, RETIENEN RESIDUOS DE ALIMENTOS DEBAJO DE SU BASE, PRODUCIENDO INFLAMACIÓN DEL PERIODONTO, Y ADEMÁS, HACE DIFÍCIL LA LIMPIEZA.

4. PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

DISEÑO.

ESTÁ INFLUENCIADO POR LOS SIGUIENTES FACTORES:

- A) CONDICIÓN PERIODONTAL DE LOS DIENTES, GRADO DE SOPORTE DE LOS PILARES Y NECESIDAD DE FÉRULAS. ÉSTO PUEDE SER LLEVADO A CABO MEDIANTE RESTAURACIONES FIJAS O POR EL DISEÑO DE ARMazón PROTÉTICO.
- B) QUÉ MAXILAR VA A SER RESTAURADO, Y SI SON AMBOS MAXILARES, LA RELACIÓN ENTRE AMBOS.
- C) TIPO DE CONECTOR MAYOR INDICADOR, BASADO EN LA SITUACIÓN EXISTENTE Y LO CORREGIBLE.
- D) SI LA PRÓTESIS VA A SER ENTERAMENTE DENTOSOPORTADA.
- E) TIPO DE DIENTES ARTIFICIALES A UTILIZAR; ÉSTO PUEDE ESTAR DETERMINADO POR LA DENTICIÓN ANTAGONISTA.
- F) NECESIDAD DE RESTAURACIONES PARA LOS DIENTES PILARES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL TIPO DE RETENEDOR A EMPLEAR Y EL DISEÑO ESPECÍFICO DE ÉSTE.
- G) LA EXPERIENCIA PASADA DEL PACIENTE CON UNA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE Y LAS CAUSAS QUE DETERMINARON LA CONFECCIÓN DE UNA PRÓTESIS NUEVA.

H) MÉTODO A EMPLEAR PARA REEMPLAZAR UN SOLO DIENTE ANTERIOR O VARIOS DIENTES ANTERIORES PERDIDOS. LA DECISIÓN DE RECURRIR A LAS RESTAURACIONES FIJAS PARA ESTOS ESPACIOS EN VEZ DE REEMPLAZARLOS CON LA PRÓTESIS PARCIAL DEBE SER TOMADA EN CUENTA EN EL MOMENTO DE PLANEAR EL TRATAMIENTO. TAL DECISIÓN DETERMINARÁ NECESARIAMENTE EL TIPO DE DISEÑO DEL ARMazón PROTÉTICO.

LUEGO DE HABER HECHO LOS CAMBIOS BUCALES NECESARIOS PARA PROPORCIONAR LOS APOYOS, LA UBICACIÓN ÓPTIMA DE LOS COMPONENTE DE LA ARMazón, Y DE LOS PLANOS GUÍA, SE PREPARA EL MODELO MAYOR Y SE ANALIZA EN EL PARALELIZADOR PARA DETERMINAR LA LOCALIZACIÓN DE LOS SOCAVADOS QUE VAN A SER BLOQUEADOS O BIEN VAN A SER UTILIZADOS PARA LA RETENCIÓN.

EL DISEÑO DEBE PROPORCIONAR LOS APOYOS OCLUSALES Y LOS BRAZOS RÍGIDOS DE RECIPROCIÓN SOBRE TODO LOS DIENTES PILARES, PARA ASEGURAR LA ESTABILIDAD HORIZONTAL Y VERTICAL DE LA PRÓTESIS PARCIAL.

EL DISEÑO DEL ARMazón DE LA PRÓTESIS PARCIAL DEBE SER CUIDADOSAMENTE PLANEADO Y DELINEADO SOBRE UN MODELO DE DIAGNÓSTICO EXACTO; ÉSTO, BASADO EN UNA BUENA TOMA DE IMPRESIÓN, DONDE LA FORMA ANATÓMICA Y LA RELACIÓN DE LOS DIENTES EN EL ARCO DENTARIO, ASÍ COMO LOS TEJIDOS BLANDOS ADYACENTES, DEBE SER REGISTRADO CON PRECISIÓN DE MODO QUE LA PRÓTESIS NO EJERZA LUEGO PRE---

SIÓN SOBRE AQUELLAS ESTRUCTURAS QUE SE ENCUENTRAN MÁS ALLÁ DE -
 LOS LÍMITES FISIOLÓGICOS, Y PARA QUE LOS COMPONENTES RETENTIVOS
 Y ESTABILIZADORES PUEDAN SER UBICADOS CORRECTAMENTE. LA FORMA
 DE SOPORTE DE LOS TEJIDOS BLANDOS QUE HACEN BAJO LA BASE DE EX-
 TENSION DISTAL DE LA PRÓTESIS PARCIAL, DEBEN SER REGISTRADOS DE
 MODO QUE LAS ZONAS FIRMES SE EMPLEEN COMO LAS ZONAS DE SOPORTE
 DE LAS FUERZAS PRINCIPALES, Y QUE LOS TEJIDOS FÁCILMENTE DESPLA-
 ZABLES NO SEAN SOBRECARGADOS. SÓLO DE ESTA MANERA PUEDE OBTENER
 SE EL MÁXIMO SOPORTE DE LA PRÓTESIS PARCIAL Y BRINDAR ASÍ EL MÁ-
 XIMO DE ESTABILIDAD. LA EXTENSIÓN INSUFICIENTE DE LA SILLA PUE-
 DE ORIGINAR FUERZAS TORCIONALES Y LATERALES SOBRE LOS DIENTES -
 PILARES QUE GENERAN DESTRUCCIÓN PERIODONTAL Y PÉRDIDA PREMATURA
 DE DIENTES.

5. BASES PROTÉTICAS.

LA BASE PROTÉTICA SOPORTA LOS DIENTES DE REEMPLAZO Y EFECTIVIDAD
 LA TRANSFERENCIA DE LAS CARGAS OCLUSALES A LAS ESTRUCTURAS BUCA-
 LES DE SOPORTE.

SU FIN PRIMORDIAL SE RELACIONA CON LA FUNCIÓN MASTICATORIA; OTRA
 FUNCIÓN DE LA BASE PROTÉTICA ES LA ESTIMULACIÓN MASTICATORIA; -
 OTRA FUNCIÓN DE LA BASE PROTÉTICA ES LA ESTIMULACIÓN MEDIANTE -
 MASAJE DE LOS TEJIDOS SUBYACENTES DEL REBORDE RESIDUAL CON CUAL-
 QUIER BASE, SE PRODUCE ALGÚN MOVIMIENTO VERTICAL, AÚN AQUELLOS
 SOPORTADOS ENTERAMENTE POR PILARES, DEBIDO AL MOVIMIENTO FISIO-

LÓGICO DE AQUELLOS DURANTE LA FUNCIÓN. RESULTA EVIDENTE DE LOS TEJIDOS BUCALES SOMETIDOS A LAS CARGAS FUNCIONALES, DENTRO DE SUS LÍMITES FISIOLÓGICOS, MANTIENEN SU FORMA Y SU TONO MEJOR QUE LOS TEJIDOS SIMILARES QUE SUFREN LA FALTA DE USO.

LAS BASES PROTÉTICAS DIFIEREN EN SUS FINES FUNCIONALES Y PUEDEN DIFERIR EN EL MATERIAL CON QUE ESTÁN HECHOS: ASÍ COMO TAMBIÉN - PUEDEN SER MUCODENTOSOPORTADOS O BASES PROTÉTICAS A EXTENSIÓN - DISTAL.

TAMBIÉN LA BASE CON SUS DIENTES ARTIFICIALES SIRVA PARA EVITAR LA MIGRACIÓN HORIZONTAL DE LOS DIENTES EN EL MÁXIMO PARCIALMENTE DESDENTADO, Y LA MIGRACIÓN VERTICAL DE LOS DIENTES EN EL MAXILAR ANTAGONISTA.

EL MÁXIMO SOPORTE OBTENIDO DEL REBORDE RESIDUAL PUEDE SER OBTENIDO SOLAMENTE MEDIANTE EL USO DE BASES PROTÉTICAS AMPLIAS Y -- EXACTAS, QUE DISTRIBUYEN LA CARGA OCLUSAL EQUITATIVAMENTE SOBRE EL ÁREA TOTAL DE QUE DISPONE PARA ESTE SOPORTE. EL ESPACIO DISPONIBLE, PARA UNA BASE ESTÁ CONTROLADO POR LAS ESTRUCTURAS QUE RODEAN EL MISMO Y SU MOVIMIENTO DURANTE LA FUNCIÓN: EL MÁXIMO - SOPORTE PARA LA PRÓTESIS, POR LO TANTO SE PUEDE LOGRAR SÓLO EMPLEANDO EL CONOCIMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS QUE LA -- LIMITAN, LA EXACTITUD DE LA IMPRESIÓN DE LA BASE PROTÉTICA.

DE IMPORTANCIA SECUNDARIA PERO SIN QUE ELLO DEJE DE CONSIDERARSE, SE ENCUENTRAN LA ESTÉTICA, LA ESTIMULACIÓN DE LOS TEJIDOS -

SUBYACENTES Y LA HIGIENE BUCAL,

LOS REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR UNA BASE PROTÉTICA IDEAL SON LOS SIGUIENTES:

- A) EXACTITUD DE ADAPTACIÓN A LOS TEJIDOS CON POCO CAMBIO VOLUMÉTRICO.
- B) DE SUPERFICIE DENSA NO IRREGULAR CAPAZ DE RECIBIR Y MANTENER UN FINO ACABADO.
- C) CONDUCTIVIDAD TÉRMICA.
- D) BAJO PESO ESPECÍFICO; LIVIANA EN LA BOCA.
- E) RACTOR AUTOLIMPIANTE, O FÁCIL DE MANTENER LIMPIA.
- F) RESISTENCIA SUFICIENTE, A LA FRACTURA O A LA DISTORCIÓN.
- G) ACEPTABLE ESTÉTICA.
- H) POSIBILIDAD DE FUTUROS REBASADOS.
- I) BAJO COSTO INICIAL.

OBVIAMENTE UN MATERIAL PARA BASE IDEAL NO EXISTE, TAMPOCO ES PROBABLE QUE SE DESARROLLE EN EL FUTURO. SIN EMBARGO, CUALQUIER

BASE SEA DE RESINA O DE METAL, E INDEPENDIENTE DE SU MÉTODO DE CONFECCIÓN, DEBE APROXIMARSE EN LO POSIBLE A ESTE IDEAL.

6. RETENEDORES.

UNA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE DEBE TENER SOPORTE DERIVADO DE LOS PILARES A TRAVÉS DEL USO DE APOYO Y DEL REBORDE RESIDUAL MEDIANTE BASES AJUSTADAS. DEBE ESTAR ESTABILIZADA, ANTE LA ACCIÓN DE MOVIMIENTOS HORIZONTALES, MEDIANTE EL USO DE COMPONENTES RÍGIDOS COMO LOS BRAZOS DE RECIPROCACIÓN Y EL CONTACTO DE LOS CONECTORES MENORES EN LAS CARAS DENTARIAS VERTICALES, DEBE ESTAR ESTABILIZADO ANTE MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN Y EL TORQUE RESULTANTE A TRAVÉS DEL USO DE CONECTORES RÍGIDOS, RETENEDORES INDIRECTOS Y OTROS COMPONENTES QUE TOMEN EL DIENTE PILAR.

ADEMÁS, LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE DEBE POSEER SUFICIENTE RETENCIÓN PARA RESISTIR LAS RAZONABLES FUERZAS DE DISLOCACIÓN.

LA RETENCIÓN PARA LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE SE LOGRA MECÁNICAMENTE, UBICANDO ELEMENTOS DE RETENCIÓN SOBRE LOS PILARES Y A TRAVÉS DE LA ÍNTIMA RETENCIÓN SOBRE LOS PILARES Y A TRAVÉS DE LA ÍNTIMA RETENCIÓN DE LAS BASES Y CONECTORES MAYORES CON LOS TEJIDOS SUBYACENTES.

LA RETENCIÓN MECÁNICA DE LAS PRÓTESIS REMOVIBLES SE LOGRA MEDIANTE RETENEDORES DIRECTOS DE UN TIPO U OTRO. UN RETENEDOR DIRECTO

ES LA UNIDAD DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE QUE INVOLUCRA UN DIENTE PILAR DE TAL MANERA QUE RESISTA EL DESPLAZAMIENTO DE LA PRÓTESIS, DE SU ASIENTO SOBRE LOS TEJIDOS BLANDOS EN QUE SE APOYA.

LOS RETENEDORES O GANCHOS SE DISEÑAN DE MODO QUE SEAN PASIVOS; ES DECIR, QUE NO EJERZAN PRESIÓN O TENSION SOBRE LOS DIENTES PILARES CUANDO LA DENTADURA ESTÁ EN REPOSO. LOS RETENEDORES PARA LAS PRÓTESIS PARCIALES DENTOSOPORTADAS POSEEN SÓLO DOS FUNCIONES Y ÉSTAS SON LAS DE RETENER LA PRÓTESIS FRENTE A LAS FUERZAS DE DISLOCACIÓN SIN DAÑAR LOS DIENTES PILARES Y AYUDAR A RESISTIR CUALQUIER TENDENCIA DE LA PRÓTESIS A DESPLAZARSE EN EL PLANO -- HORIZONTAL.

NO PUEDE HABER MOVIMIENTOS DE LA PRÓTESIS HACIA LOS TEJIDOS POR QUE CADA PARTE ESTÁ SOPORTADA MEDIANTE UN APOYO, PUEDEN PRODUCIRSE MOVIMIENTOS QUE LA SEPAREN DE LOS TEJIDOS. CUALQUIER TIPO DE RETENEDOR DIRECTO ES ACEPTABLE EN TANTO NO COMPROMETA AL --- DIENTE PILAR CON SU PRESENCIA. EL RETENEDOR DE ACCIÓN DE ABRAZADERA NO DEBE AFECTAR A LOS TEJIDOS GINGIVALES; NO DEBE EJER-- CER EXCESIVA TORSIÓN SOBRE EL PILAR DURANTE SU INSERCIÓN Y SU - REMOCIÓN. LOS RETENEDORES DEBEN SER TAMBIÉN CAPACES DE FLEXIONARSE O SEPARSE CUANDO LA BASE PROTÉTICA SE MUEVE HACIA LOS TEJIDOS ANTE LA ACCIÓN DE CARGAS FUNCIONALES Y PUEDEN ACTUAR COMO ROMPEFUERZAS E IMPIDEN EL IMPACTO BRUSCO SOBRE EL PERIODONTO DE LA BASE.

7. APOYOS OCLUSALES.

EL SOPORTE OCLUSAR PARA LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE DEBE SER PROPORCIONADO POR ALGÚN TIPO DE APOYO UBICADO SOBRE LOS DIENTES PILARES. ESTOS SIEMPRE DEBEN SER COLOCADOS SOBRE LAS SUPERFICIES ADECUADAMENTE PREPARADAS PARA RECIBIRLOS.

CADA UNIDAD DE UNA PRÓTESIS PARCIAL QUE SE APOYA SOBRE UNA CARA DENTARIA PARA PROPORCIONAR SOPORTE VERTICAL A LA PRÓTESIS, SE DENOMINA APOYO. UN APOYO PUEDE SER UBICADO SOBRE LA CARA OCLUSAL DE UN PREMOLAR O MOLAR, SOBRE LA CARA LINGUAL PREPARADA DE UN DIENTE ANTERIOR QUE SEA CAPAZ DE SOPORTAR LAS FUERZAS APLICADAS, O SOBRE UNA SUPERFICIE INCISAL.

UN APOYO DEBE SER DISEÑADO DE MODO QUE LAS FUERZAS TRANSMITIDAS SEAN DIRIGIDAS HACIA EL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE DE SOPORTE, LO MÁS CERCA POSIBLE DE ÉSTE. EL APOYO DEBE SER UBICADO DE MODO QUE PREVENGA EL MOVIMIENTO DE LA RESTAURACIÓN EN DIRECCIÓN CERVICAL. EN UNA PRÓTESIS COMPLETAMENTE DENTOSOPORTADA, LOS APOYOS DEBEN SER CAPACES DE TRANSFERIR TODAS LAS FUERZAS OCLUSALES A LOS DIENTES PILARES. PARA QUE EXISTA ESTE GRADO DE ESTABILIDAD, RESULTA OBVIO QUE EL APOYO DEBE SER RÍGIDO Y DEBE RECIBIR UN SOPORTE POSITIVO DEL DIENTE PILAR.

ADÉMÁS DE DISTRIBUIR LA CARGA OCLUSAL, EL APOYO CUMPLE OTRAS FUNCIONES: ACTÚA PARA MANTENER LA RELACIÓN OCLUSAL CON EL ANTAGONISTA PREVINIENDO EL HUNDIMIENTO DE LA PRÓTESIS SOBRE LOS TE-

JIDOS GINGIVALES, EVITANDO POR LO TANTO CUALQUIER INTERFERENCIA CON LOS TEJIDOS GINGIVALES ADYACENTES A LOS DIENTES PILARES. - LOS APOYOS SE DESIGNAN SEGÚN LA CARA DEL DIENTE PREPARADO PARA RECIBIR EL APOYO, ES DECIR APOYO OCLUSAL, APOYO LINGUAL Y APOYO INCISAL.

UN APOYO OCLUSAL SE UBICA SOBRE LA CARA OCLUSAL DE UN MOLAR O - PREMOLAR QUE HA SIDO PREPARADO PARA RECIBIRLO. LA FORMA DE DISEÑO DE UN LECHO PARA APOYO OCLUSAL DEBE SER TRIANGULAR RODEANDO EN EL VÉRTICE CERCA DEL CENTRO DEL DIENTE; DEBE SER TAN LARGO COMO ANCHO. EL REBORDE MARGINAL DEL PILAR EN EL SITIO DEL LECHO, DEBE SER DESCENDIDO PARA PERMITIR SUFICIENTE VOLUMEN DE METAL EN ARAS DE LA RIGIDEZ Y RESISTENCIA DEL APOYO Y DEL CONECTOR MENOR.

EL PISO DEL LECHO O DESCANSO PARA EL APOYO OCLUSAL DEBE ESTAR - LIGERAMENTE INCLINADO HACIA EL CENTRO DEL DIENTE Y DEBE SER CONCAVO O EN FORMA DE CUCHARA. EL ÁNGULO FORMADO POR EL APOYO -- OCLUSAL Y EL CONECTOR MENOR VERTICAL DEL QUE SE ORIGINA, DEBE SER MENOR QUE UN ÁNGULO RECTO (MENOS DE 90°). SÓLO DE ESTA MANERA PUEDEN DIRIGIRSE LAS FUERZAS OCLUSALES A LO LARGO DEL EJE MAYOR DEL DIENTE PILAR.

LOS APOYOS DEBEN SER COLOCADOS SOBRE ESMALTE SANO, RESTAURACIONES COLADAS O RESTAURACIONES CON AMALGAMA (ESTE ÚLTIMO ES EL MENOS DESEABLE DEBIDO A LA TENDENCIA DE ESCURRIRSE BAJO PRESIÓN Y A LA DEBILIDAD DEL REBORDE MARGINAL),

A PESAR DE QUE EL SITIO PREFERIDO PARA UN APOYO ES LA CARA OCLUSAL DE UN MOLAR O UN PREMOLAR, UN DIENTE ANTERIOR PUEDE LLEGAR A SER EL ÚNICO PILAR DISPONIBLE PARA EL SOPORTE OCLUSAL DE LA PRÓTESIS. ASÍ MISMO UN DIENTE ANTERIOR, OCASIONALMENTE, DEBE SER UTILIZADO PARA SOPORTAR UN RETENEDOR INDIRECTO O UN APOYO AUXILIAR. A ESTOS FINES, ES PREFERIBLE RECURRIR A APOYOS MÚLTIPLES DISTRIBUIDOS SOBRE VARIOS INCISIVOS QUE USAR UN SÓLO INCISIVO.

LA FORMA RADICULAR, LA LONGITUD DE LA RAÍZ, LA INCLINACIÓN DEL DIENTE, Y LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE CORONA Y SOPORTE ALVEOLAR, DEBEN SER CONSIDERADOS AL DETERMINAR LA FORMA Y EL SITIO DE UBICACIÓN DE LOS APOYOS COLOCADOS SOBRE LOS INCISIVOS.

UN APOYO LINGUAL ES PREFERIBLE A UN APOYO INCISAL, DEBIDO A QUE PUEDE UBICARSE MÁS CERCA DEL CENTRO DE ROTACIÓN DEL PILAR Y POR LO TANTO, HABRÁ MENOS TENDENCIA AL DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE. ADEMÁS, LOS APOYOS LINGUALES SON MÁS ESTÉTICOS QUE LOS APOYOS INCISALES.

EL APOYO LINGUAL MÁS SATISFACTORIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL SOPORTE, ES EL QUE ESTÁ UBICADO SOBRE UN LECHO PREPARADO SOBRE UNA RESTAURACIÓN COLADA. ÉSTO SE LOGRA MÁS EFICAZMENTE PLANIFICANDO Y EJECUTANDO UN LECHO EN EL PATRÓN DE CERA EN VEZ DE INTENTAR TALLAR UN APOYO EN LA RESTAURACIÓN COLADA, EN LA BOCA. EL CONTORNO DEL COLADO PROTÉTICO PUEDE ENTONCES RESTAURAR LA FORMA LINGUAL DEL DIENTE. CON ÉSTO VAMOS A PREVENIR QUE LOS APOYOS SOBRE LAS SUPERFICIES LINGUALES TIENDAN A ABRIRSE POR ACCIÓN DE LAS FUERZAS OCLUSALES Y SE PRODUZCA EL HUNDIMIENTO DE LA PRÓTESIS Y POSTERIORMENTE VENGA LA INTRODUCCIÓN DE LOS BRAZOS VESTIBULARES LINGUALES DEL RETENEDOR EN LA ENCÍA, Y LA PROFUNDIZACIÓN DE LA BARRA CONECTORA EN LA MUCOSA LINGUAL Y LA APARICIÓN DE BOLSAS.

LOS APOYOS INCISALES SE UBICAN GENERALMENTE EN LOS ÁNGULOS INCISALES DE LOS DIENTES ANTERIORES Y SOBRE LECHOS PREPARADOS. AUNQUE ESTE TIPO DE APOYOS ES EL MENOS INDICADO POR LAS RAZONES -- PREVIAMENTE MENCIONADAS, PUEDE SER UTILIZADO ÉXITOSAMENTE EN DETERMINADOS PACIENTES CUANDO EL PILAR ESTÁ SANO. LOS APOYOS GENERALMENTE SE APOYAN SOBRE ESMALTE SANO.

8. CONECTORES MAYORES.

UN CONECTOR MAYOR ES LA UNIDAD DE LA PRÓTESIS PARCIAL QUE CONECTA LAS PARTES DEL ENTE PROTÉTICO UBICADO EN UN LADO OPUESTO.

ES ELEMENTO DE LA PRÓTESIS PARCIAL AL CUAL SE UNEN DIRECTA O -- INDIRECTAMENTE, TODAS LAS OTRAS PARTES.

DEBE SER RÍGIDO, DE MODO QUE LAS CARGAS APLICADAS SOBRE CUAL---QUIER PARTE DE LA PRÓTESIS, PUEDA SER EFICAZMENTE DISTRIBUIDA - SOBRE EL ÁREA DE SOPORTE TOTAL, INCLUYENDO LOS PILARES Y LOS -- TEJIDOS DE LA ZONA DE SOPORTE SUBYACENTE.

SOLAMENTE A TRAVÉS DE LA RIGIDEZ DEL CONECTOR MAYOR PUEDEN SER EFICACES LAS OTRAS PARTES DE LA PRÓTESIS PARCIAL. MUCHAS PRÓTE SIS REMOVIBLES HAN FRACASADO EN SU INTENTO DE DAR SERVICIO CON-FORTABLE Y EFECTIVO, SÓLO PORQUE EL CONECTOR MAYOR NO BRINDÓ UN SOPORTE RÍGIDO AL RESTO DE LA PRÓTESIS; UN CONECTOR MAYOR NO RÍ GIDO, ESTÁ DESTINADO A FRACASAR, YA SEA PORQUE CAUSARÁ INCOMODI DAD AL PACIENTE O PORQUE SOMETERÁ LAS ESTRUCTURAS REMANENTES A UN EXCESIVO TRAUMA. EL TRAUMA PODRÁ MANIFESTARSE EN FORMA DE - DAÑO A LOS TEJIDOS PERIODONTALES QUE SOPORTAN LOS DIENTES PILA- RES, INJURIA A LAS ZONAS DEL REBORDE DEL SOPORTE O COMPRESIÓN DE LOS TEJIDOS SUBYACENTES, DEBIDO A LA FLEXIÓN DEL CONECTOR MA- YOR.

EL CONECTOR MAYOR DEBE SER UBICADO EN UNA RELACIÓN FAVORABLE PA RA LOS TEJIDOS MÓVILES Y AL MISMO TIEMPO DEBE IMPEDIR LA OBSTA- CULACIÓN DE LOS TEJIDOS GINGIVALES. DEBE, ASIMISMO, UBICARSE - DE MODO QUE LAS ZONAS PROMINENTES ÓSEAS NO SE ALTEREN DURANTE - LA INSTALACIÓN Y/O LA REMOCIÓN DE LAS PRÓTESIS.

DEBE PROPORCIONAR EL ALIVIO SUFICIENTE DEBAJO DEL CONECTOR MA-- YOR PARA EVITAR QUE ASIENTE SOBRE ZONAS DURAS, TALES COMO TORUS PALATINO MANDIBULAR INOPERABLE, O LA LÍNEA MEDIA DE LA SUTURA - PALATINA. LA UBICACIÓN Y EL ALIVIO TAMBIÉN DEBEN TENER EN CUEN

TA LA POSIBLE INTERACCIÓN SOBRE LOS TEJIDOS GINGIVALES.

EL ALIVIO PLANIFICADO DEBAJO DEL CONECTOR MAYOR, CUANDO ESTÁ INDICANDO, EVITA LA NECESIDAD DE AJUSTES POSTERIORES PARA BRINDAR EL ALIVIO DE LA PRÓTESIS CUANDO EL DAÑO A LOS TEJIDOS YA SE HA PRODUCIDO. NO SÓLO ESTO SIGNIFICA UNA PERDIDA DE TIEMPO, SINO QUE, FRECUENTEMENTE, EL CONECTOR MAYOR SE DEBILITA TANTO POR EL DESGASTE QUE PUEDE PRODUCIR UN AUMENTO EXAGERADO DE SU FLEXIBILIDAD Y ALGUNAS VECES SU FRACTURA.

LOS MÁRGENES DE LOS CONECTORES MAYORES ADYACENTES A LOS TEJIDOS GINGIVALES DEBEN SER UBICADOS LO MÁS ALEJADOS POSIBLE DE AQUELLOS TEJIDOS PARA EVITAR CUALQUIER INTERFERENCIA POSIBLE. EL BORDE LINGUAL DEBE UBICARSE POR LO MENOS A 4 MM. POR DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL Y AÚN MÁS, SI ES POSIBLE. EL FACTOR LIMITATIVO ES LA ALTURA DE LOS TEJIDOS MÓVILES DEL PISO DE LA BOCA.

EN EL MAXILAR SUPERIOR, EN EL QUE NO EXISTEN TEJIDOS MÓVILES EN EL PALADAR, COMO OCURRE EN EL PISO DE LA BOCA, LOS BORDES DEL CONECTOR MAYOR PUEDEN UBICARSE BIEN ALOJADOS DE LOS TEJIDOS GINGIVALES. NO SE JUSTIFICA LA AGRESIÓN DE LOS TEJIDOS GINGIVALES, CUANDO ES POSIBLE CONSEGUIR UN SOPORTE ADECUADO PARA QUE EL CONECTOR ESTRUCTURALMENTE LOS TEJIDOS QUE CUBREN EL PALADAR SON APTOS PARA EL SOPORTE DE UN CONECTOR Y POSEEN UNA ADECUADA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA PROFUNDA. LOS TEJIDOS GINGIVALES, POR EL CONTRARIO, DEBEN TENER UNA CONTINUIDAD Y ESTRICTA IRRIGACIÓN SAN--

GUÍNEA SUPERFICIAL, PARA PODER MANTENERSE SANOS. LOS BORDES --
DEL CONECTOR PALATINO DEBEN UBICARSE COMO MÍNIMO 6 MM. DE DIS--
TANCIA DE LOS MÁRGENES GINGIVALES, DEBIENDO COLOCARSE PARALELOS
A SU CURVATURA PRINCIPAL.

CAPITULO V

CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA PARA PREVENIR LA
ENFERMEDAD PERIODONTAL O SU RECURRENCIA EN LA BOCA.

1. MOTIVACIÓN DEL PACIENTE.

TIENE POCO SENTIDO QUE EL DENTISTA UTILICE TIEMPO EN DISEÑAR, PREPARAR Y RETOCAR LAS RESTAURACIONES DENTALES Y NO HAGA UN ESFUERZO EQUIVALENTE POR PREVEER SU CUIDADO DESPUÉS DE LA INSTALACIÓN EN LA BOCA DEL PACIENTE. LAS RESTAURACIONES DENTALES FUNCIONAN TANTO TIEMPO Y TAN SATISFACTORIAMENTE COMO LO PERMITA EL ESTADO DEL PERIODONTO. LA ENSEÑANZA DEL CONTROL DE LA PLACA ES PARTE TAN IMPORTANTE DE LA RESTAURACIÓN QUE SE BRINDA AL PACIENTE COMO LA -- ADAPTACIÓN DE LOS MÁRGENES, EL CONTORNO DE LAS SUPERFICIES PROXIMALES Y LA OCLUSIÓN. NO ENSEÑAR EL CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA ES UNA OMISIÓN QUE PONE EN PELIGRO EL RESULTADO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RESTAURACIÓN. CUANDO SE INSTALAN LAS RESTAURACIONES, EL DENTISTA Y EL PACIENTE DEBEN COINCIDIR EN UN PROGRAMA DE CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL O SU RECURRENCIA EN LA BOCA TRATADA.

EL CONTROL DE LA PLACA TIENE TRES FINALIDADES.

- 1) EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL,
- 2) COMO PARTE CRÍTICA DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL Y
- 3) EN LA PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LA BOCA TRATADA.

HAY QUE PERSUADIR AL PACIENTE QUE CUIDE SU BOCA POR SU PROPIO -- BIEN; DEBE COMPRENDER QUE AL HACER LO QUE SE LE ENSEÑE, PROLONGARÁ LA UTILIDAD DE SUS DIENTES NATURALES, ASÍ COMO LA DE SUS RES--

EFFECTOS DESTRUCTORES DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DURANTE ESTE -
PROLONGADO PERÍODO DE SU VIDA. EL PACIENTE DEBERÁ COMPRENDER QUE
EL RASPADO Y LA LIMPIEZA PERIÓDICA DE LOS DIENTES EN EL CONSULTO-
RIO DENTAL SON MEDIDAS PREVENTIVAS ÚTILES, PERO PARA QUE SEAN MUY
EFICACES HAY QUE COMBINARLAS CON LA PROTECCIÓN CONTÍNUA CONTRA LA
ENFERMEDAD QUE ELLOS MISMOS PUEDEN PROPORCIONAR MEDIANTE PROCEDI-
MIENTOS DIARIOS DE HIGIENE BUCAL EN SU CASA. EXPLÍQUESE QUE LAS
VISITAS AL DENTISTA SE EFECTÚAN DOS VECES AL AÑO O TRES, MIENTRAS
QUE EL CUIDADO DENTAL PREVENTIVO AUXILIAR ESTÁ DISPONIBLE EN EL -
HOGAR DIARIAMENTE. LA COMBINACIÓN DE VISITAS REGULARES AL CONSUL-
TORIO CON LA HIGIENE BUCAL EN EL HOGAR REDUCE SIGNIFICATIVAMENTE
LA GINGIVITIS Y LA PÉRDIDA DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPOR-
TE. EL TIEMPO EMPLEADO EN EL CONSULTORIO PARA ENSEÑAR AL PACIENTE
A LIMPIARSE LOS DIENTES ES UN SERVICIO DE SALUD MÁS VALIOSO QUE -
LIMPIARLE LOS DIENTES. IDEALMENTE, HABRÍA QUE HACER AMBAS COSAS.

3. MÉTODOS DE CEPILLADO DENTARIO Y OTROS ELEMENTOS AUXILIARES DE LA LIMPIEZA.

LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE LA PLACA SON LOS MISMOS PARA BO-
CAS SIN RESTAURACIONES EXTENSAS QUE CON ELLAS.

HAY VARIOS MÉTODOS DE CEPILLADO, CADA UNO DE LOS CUALES, REALIZA-
DO CON PROPIEDAD, PUEDE BRINDAR LOS RESULTADOS DESEADOS. EN TO--
DOS LOS MÉTODOS LA BOCA SE DIVIDE EN DOS SECCIONES; SE COMIENZA -
POR LA ZONA MOLAR SUPERIOR DERECHA Y SE CEPILLA POR ORDEN HASTA -
QUE QUEDEN LIMPIAS TODAS LAS SUPERFICIES ACCESIBLES.

TAURACIONES. ANTES DE ENSEÑAR AL PACIENTE QUE HACER, DEBE SABER PORQUE LO HACE. LA ENSEÑANZA DE LAS TÉCNICAS ADECUADAS DE HIGIENE BUCAL NO ES SUFICIENTE. ES PRECISO QUE EL PACIENTE COMPRENDA QUE ES LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, CUALES SON SUS EFECTOS, QUE ÉL ES PROPENSO A ELLA Y QUE PUEDE HACER PARA PROTEGERSE. DEBE SER MOTIVADO PARA QUE DESEE MANTENER LIMPIA PARA SU PROPIO BENEFICIO Y POR AGRADAR AL DENTISTA. HAY QUE DEJAR TOTALMENTE LA FINALIDAD DEL CONTROL DE LA PLACA ES LA SALUD BUCAL Y NO SIMPLEMENTE EL DESARROLLO DE LA HABILIDAD MANUAL. LOS PACIENTES PUEDEN ABSTENERSE TANTO EN TRATAR DE EMITIR LAS TÉCNICAS DE HIGIENE BUCAL QUE PIERDEN DE VISTA SUS PROPÓSITOS.

2. EDUCACIÓN DEL PACIENTE.

MUCHOS PACIENTES CREEN QUE EL CEPILLO DE DIENTES SÓLO ES PARA LA LIMPIEZA DE DIENTES; HAY QUE EXPLICAR SU IMPORTANCIA EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. EL CEPILLADO ES EL PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO PREVENTIVO Y AUXILIAR MÁS IMPORTANTE ADMINISTRADO POR EL PACIENTE AYUDA TAN EFICAZMENTE EN LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA GRAVEDAD DE UNA ENFERMEDAD COMO EN LA GINGIVITIS, MEDIANTE EL CEPILLADO COMPLEMENTADO, SEGÚN LAS NECESIDADES INDIVIDUALES, CON LA LIMPIEZA INTERDENTARIA CON HILO DENTAL, LIMPIADORES INTERDENTARIOS DE GOMA O MADERA E IRRIGACIÓN DE AGUA BAJO PRESIÓN. SI UNA PERSONA MANTUVO UNA BUENA HIGIENE BUCAL DESDE LOS CINCO HASTA LOS CINCUENTA AÑOS, MUY POSIBLE HABRÁ EVITADO LOS --

MÉTODO DE BASS (LIMPIEZA DEL SURCO) CON CEPILLO BLANDO.

COMENZANDO POR LAS SUPERFICIES VESTÍBULO-PROXIMALES EN LA ZONA MOLAR DERECHA, COLÓQUESE LA CABEZA DEL CEPILLO PARALELA AL PLANO -- OCLUSAL CON LAS CERDAS HACIA ARRIBA, POR DETRÁS DE LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO, MOLAR. COLÓQUESE LAS CERDAS A 45° RESPECTO -- DEL EJE MAYOR DE LOS DIENTES Y FUERCÉNSE LOS EXTREMOS DE LAS CERDAS DENTRO DEL SURCO GINGIVAL Y SOBRE EL MARGEN GINGIVAL ASEGURÁNDOSE DE QUE LAS CERDAS PENETREN TODO LO POSIBLE EN EL ESPACIO INTERPROXIMAL. EJÉRZASE UNA PRESIÓN SUAVE EN EL SENTIDO DEL EJE MAYOR DE LAS CERDAS Y ACTÍVESE EL CEPILLO CON UN MOVIMIENTO VIBRATORIO HACIA ADELANTE Y HACIA ATRÁS, CONTANDO HASTA DIEZ, SIN SEPARAR LAS PUNTAS DE LAS CERDAS. ESTO LIMPIA DETRÁS DEL ÚLTIMO MOLAR LA ENCÍA MARGINAL, DENTRO DE LOS SURCOS GINGIVALES Y A LO LARGO DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS PROXIMALES HASTA DONDE LLEGUEN -- LAS CERDAS. (SUPERFICIES VESTIBULARES SUPERIORES Y VESTÍBULO PROXIMALES).

SUPERFICIES PALATINAS SUPERIORES Y PROXIMOPALATINAS.

COMENZANDO POR LAS SUPERFICIES PALATINAS Y PROXIMAL EN LA ZONA MOLAR SUPERIOR IZQUIERDA, CONTINÚESE A LO LARGO DEL ARCO HASTA LA ZONA MOLAR DERECHA. COLÓQUESE EL CEPILLO HORIZONTALMENTE EN LAS ÁREAS MOLAR Y PREMOLAR. PARA ALCANZAR LA SUPERFICIE PALATINA DE LOS DIENTES ANTERIORES, COLÓQUESE EL CEPILLO VERTICALMENTE. PRESIÓNENSE LAS CERDAS DEL EXTREMO DENTRO DEL SURCO GINGIVAL E INTERPROXIMALMENTE ALREDEDOR 45° RESPECTO DEL EJE MAYOR DEL DIENTE -- Y ACTÍVENSE EL CEPILLO CON GOLPES CORTOS REPETIDOS. SI LA FORMA

DEL ARCO LO PERMITE, EL CEPILLO SE COLOCA HORIZONTALMENTE ENTRE -
LOS CANINOS, CON LAS CERDAS ANGULADAS DENTRO DE LOS SURCOS DE LOS
DIENTES ANTERIORES.

SUPERFICIES VESTIBULARES INFERIORES, VESTÍBULOPROXIMALES, LINGUA-
LES Y LINGUOPROXIMALES.

UNA VEZ COMPLETADO EL MAXILAR SUPERIOR Y LAS SUPERFICIES PROXIMA-
LES, CONTINÚENSE EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES Y PROXIMALES DE
LA MANDÍBULA, SECTOR POR SECTOR, DESDE DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR -
HASTA DISTAL DEL MOLAR IZQUIERDO. DESPUÉS LIMPIÉSE LA SUPERFICIE
LINGUALES Y LINGUOPROXIMALES SECTOR POR SECTOR, DESDE LA ZONA MO-
LAR IZQUIERDA HASTA LA ZONA MOLAR DERECHA. EN LA REGIÓN ANTERIOR
INFERIOR, EL CEPILLO SE COLOCA VERTICALMENTE, CON LAS CERDAS DE -
LAS PUNTAS ANGULADAS HACIA EL SURCO GINGIVAL.

SUPERFICIES OCLUSALES.

PRESIÓNSE FIRMEMENTE LAS CERDAS SOBRE LAS SUPERFICIES OCLUSALES,
INTRODUCIENDO LOS EXTREMOS EN SURCOS Y FISURAS. ACTÍVESE EL CEPI-
LLO CON MOVIMIENTOS CORTOS HACIA ATRÁS Y ADELANTE, CONTANDO HASTA
DIEZ Y AVANZANDO SECTOR POR SECTOR HASTA LIMPIAR TODOS LOS EXTRE-
MOS POSTERIORES.

MÉTODO DE STILLMAN.

EL CEPILLO SE COLOCA DE MODO QUE LAS PUNTAS DE LAS CERDAS QUE --
QUEDEN EN PARTE LA ENCÍA, Y EN PARTE SOBRE LA PORCIÓN CERVICAL DE
LOS DIENTES. LAS CERDAS DEBEN SER OBLICUAS AL EJE MAYOR DEL DIEN-
TE Y ORIENTADAS EN SENTIDO APICAL. SE EJERCE PRESIÓN LATERALMEN-

TE CONTRA EL MARGEN GINGIVAL HASTA PRODUCIR UNA ESQUEMIA PERCEPTIBLE. SE SEPARA EL CEPILLO PARA PERMITIR QUE LA SANGRE VUELVA A LA ENCÍA. SE APLICA PRESIÓN VARIAS VECES Y SE IMPRIME AL CEPILLO UN MOVIMIENTO RELATIVO SUAVE, CON LOS EXTREMOS DE LAS CERDAS EN POSICIÓN.

SE REPITE EL PROCESO EN TODAS LAS SUPERFICIES DENTARIAS COMENZANDO EN LA ZONA MOLAR SUPERIOR, PROCEDIENDO SISTEMÁTICAMENTE EN TODA LA BOCA. PARA ALCANZAR LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LAS ZONAS ANTERIORES SUPERIOR E INFERIOR, EL MANGO DEL CEPILLO ESTÁ PARALELO AL PLANO OCLUSAL Y 2 O 3 PENACHOS DE CERDAS TRABAJAN SOBRE LOS DIENTES Y LA ENCÍA. LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS MOLARES Y PREMOLARES SE LIMPIAN COLOCANDO LAS CERDAS PERPENDICULARES Y EL PLANO OCLUSAL Y PENETRANDO EN PROFUNDIDAD EN LOS SURCOS Y ESPACIOS INTERPROXIMALES.

MÉTODO STILLMAN MODIFICADO.

ESTA ES UNA ACCIÓN VIBRATORIA COMBINADA DE LAS CERDAS CON LOS MOVIMIENTOS DEL CEPILLO EN EL SENTIDO DEL EJE MAYOR DEL DIENTE.

EL CEPILLO SE COLOCA EN LA LÍNEA MUCOGINGIVAL CON LAS CERDAS DIRIGIDAS HACÍA FUERA DE LA CORONA, Y SE ACTIVA CON MOVIMIENTOS DE FROTAMIENTO EN LA ENCÍA INSERTADA, EN EL MARGEN GINGIVAL Y EN LA SUPERFICIE DENTARIA. SE GIRA EL MANGO HACIA LA CORONA Y SE VIBRA MIENTRAS SE MUEVE EL CEPILLO.

MÉTODO DE CHARTERS.

EL CEPILLO SE COLOCA SOBRE EL DIENTE, CON UNA ANGULACIÓN DE 45° -

CON LAS CERDAS ORIENTADAS HACIA LA CORONA. DESPUÉS SE MUEVE EL CEPILLO A LO LARGO DE LA SUPERFICIE DENTARIA HASTA QUE LOS COSTADOS DE LAS CERDAS ABARQUEN AL MARGEN GINGIVAL, CONSERVANDO EL ÁNGULO DE 45°.

GÍRESE LEVEMENTE EL CEPILLO, FLEXIONANDO LAS CERDAS DE MODO QUE LOS COSTADOS PRESIONEN AL MARGEN GINGIVAL, LOS EXTREMOS TOQUEN EL DIENTE Y ALGUNAS CERDAS PENETREN INTERPROXIMALMENTE. SIN SEPARAR LAS CERDAS GÍRESE LA CABEZA DEL CEPILLO, MANTENIENDO LA POSICIÓN DOBLADA DE LAS CERDAS. LA ACCIÓN ROTATORIA SE CONTINUA MIENTRAS SE CUENTA HASTA DIEZ. LLÉVESE EL CEPILLO HASTA LA ZONA ADYACENTE Y REPÍTASE EL PROCEDIMIENTO, CONTINUANDO ÁREA POR ÁREA SOBRE TODA LA SUPERFICIE VESTIBULAR Y DESPUÉS PÁSESE A LA LINGUAL. TÉNGASE CUIDADO DE PENETRAR EN CADA ESPACIO INTERDENTARIO.

PARA LIMPIAR LAS SUPERFICIES OCLUSALES, FUÉRCENSE SUAVEMENTE LAS PUNTAS DE LAS CERDAS DENTRO DE LOS SURCOS Y FISURA Y ACTÍVESE EL CEPILLO CON UN MOVIMIENTO DE ROTACIÓN (NO DE BARRIDO O DESLIZAMIENTO), SIN CAMBIAR LA POSICIÓN DE LAS CERDAS.

REPÍTASE CON MUCHO CUIDADO ZONA POR ZONA HASTA QUE ESTÉN PERFECTAMENTE LIMPIAS TODAS LAS SUPERFICIES MASTICATORIAS.

MÉTODO FISIOLÓGICO.

SMITH Y BELL, DESCRIBEN UN MÉTODO EN EL CUAL SE HACE UN ESFUERZO POR CEPILLAR LA ENCÍA DE MANERA COMPARABLE A LA TRAYECTORIA DE LOS ALIMENTOS EN LA MASTICACIÓN. ESTO COMPRENDE MOVIMIENTOS SUAVES DE BARRIDO, QUE COMIENZAN EN LOS DIENTES Y SIGUEN EL MARGEN -

GINGIVAL Y LA MUCOSA GINGIVAL INSERTADA.

MÉTODO DE CEPILLADO CON CEPILLO ELÉCTRICO.

LA ACCIÓN MECÁNICA INCLUIDA EN EL CEPILLO AFECTA A LA MANERA EN QUE SE USA. EN LOS DEL TIPO DE MOVIMIENTO EN ARCO (ARRIBA Y ABAJO) EL CEPILLO SE MUEVE DESDE LA CORONA HACIA EL MARGEN GINGIVAL Y ENVÍA INSERTADA Y DA VUELTA. LOS CEPILLOS CON MOVIMIENTOS RECÍPROCO (GOLPES CORTOS HACIA ATRÁS Y HACIA ADELANTE), O LAS DIVERSAS COMBINACIONES DE MOVIMIENTOS ELÍPTICOS Y RECÍPROCOS SE PUEDEN USAR DE MUCHAS MANERAS; CON LAS PUNTAS DE LAS CERDAS EN EL SURCO GINGIVAL (MÉTODO DE BASS), EN EL MARGEN GINGIVAL, CON LAS CERDAS DIRIGIDAS HACIA LA CORONA (MÉTODO DE CHARTERS) O CON UN MOVIMIENTO VERTICAL DE BARRIDO, DESDE LA ENCÍA INSERTADA HACIA LA CORONA (MÉTODO DE STILLMAN MODIFICADO).

HAY QUE DETENERSE A ANALIZAR EL CEPILLO ELÉCTRICO, PUES ESTE INSTRUMENTO NO PUEDE SEGUIR SIENDO CONSIDERADO SIMPLEMENTE COMO LA MANERA DE CEPILLARSE DEL HOMBRE HARAGÁN. LA EXPERIENCIA HA COMPROBADO QUE ES MUY ÉFICAZ Y SOPRENDENTEMENTE ATRACTIVO PARA LOS PACIENTES. POR ESTAS RAZONES, TIENE UN LUGAR DEFINIDO EN EL PROGRAMA DE HIGIENE BUCAL, EL CEPILLO ELÉCTRICO ESTÁ ESPECIALMENTE INDICADO PARA LO IMPEDIDO Y LOS PACIENTES SIN DESTREZA PARA MANEJAREN FORMA APROPIADA A EL CEPILLO COMÚN. EL USO DEL CEPILLO ELÉCTRICO ES ASÍ MISMO VALIOSO EN PACIENTES CON PUENTES FIJO Y COMPLICADOS Y EN LOS QUE TIENEN APARATOS DE ORTODONCIA QUE RETIENEN RESIDUOS DE ALIMENTOS.

ELEMENTOS AUXILIARES DE LA LIMPIEZA.

LA LIMPIEZA INTERPROXIMAL ES FUNDAMENTAL, PORQUE LA MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES COMIENZAN AHÍ. EL HILO DENTAL ES EL MÁS EFICAZ PARA ELLO, PERO CUANDO LOS DIENTES ESTÁN FERULIZADOS, HAY QUE RECURRIR A LOS CONOS DE CAUCHO Y LIMPIADORES INTERDENTARIOS DE MADERA Y PLÁSTICO.

DESPUÉS DEL CEPILLADO Y DEL USO DE LOS LIMPIADORES INTERDENTARIOS HAY QUE HACER IRRIGACIÓN DE AGUA BAJO PRESIÓN, LA CUAL ES ESPECIALMENTE ÚTIL PARA LIMPIAR ALREDEDOR DE LAS RESTAURACIONES.

HILO DENTAL:

ES UN MEDIO EFICAZ PARA LIMPIAR LAS SUPERFICIES DENTARIAS PROXIMALES. PUEDE SER ENCERADO O NO ENCERADO.

HAY VARIAS MANERAS DE USAR EL HILO DENTAL, SE RECOMIENDA EL SIGUIENTE, CÓRTESE UN TROZO DE HILO, ENVUÉLVANSE LOS EXTREMOS ALREDEDOR DEL DEDO MEDIO DE CADA MANO, PÁSESE EL HILO SOBRE EL PULGAR DERECHO Y EL ÍNDICE IZQUIERDO E INTRODÚZCALO EN LA BASE DEL SURCO GINGIVAL, POR DETRÁS DE LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE EN EL LADO DERECHO DEL MAXILAR SUPERIOR, CON UN MOVIMIENTO VESTÍBULO-LINGUAL FIRME, HACIA ATRÁS Y ADELANTE, LLÉVESE EL HILO HACIA OCLUSAL PARA DESPRENDER TODAS LAS ACUMULACIONES BLANDAS. REPÍTASE VARIAS VECES Y PÁSESE AL ESPACIO INTERPROXIMAL MESIAL.

HÁGASE PASAR SUAVEMENTE EL HILO A TRAVÉS DEL ÁREA DE CONTACTO CON UN MOVIMIENTO HACIA ATRÁS Y ADELANTE. NO DEBE FORZAR BRUSCAMENTE

EL HILO EN EL ÁREA DE CONTACTO PORQUE ELLO LESIONARÁ LA ENCÍA.

LA FINALIDAD EN LA ENCÍA DEL HILO DENTAL ES ELIMINAR LA PLACA, NO DESPRENDER RESTOS FIBROSOS DE ALIMENTOS ACUÑADOS ENTRE LOS DIEN--TES Y RETENIDOS EN LA ENCÍA.

OTROS LIMPLIADORES INTERDENTARIOS COMO CONOS, PALILLOS DE MADERA (STIMUDENTS), PUNTAS DE PLÁSTICO (F/S, POLISHER-STIMULATOR), LAS PUNTAS DE PALILLO COLOCADA EN SOPORTES ESPECIALES (CHAR-STEM, PERIO-AID), TAMBIÉN SON ÚTILES PARA LA LIMPIEZA INTERDENTARIA Y DE LAS FURCACIONES PARTICULARMENTE EN ESPACIOS PEQUEÑOS. LOS CONOS SON EFICACES EN ESPACIOS INTERDENTARIOS CREADOS POR LA PÉRDIDA DE TEJIDO GINGIVAL.

LA IRRIGACIÓN CON AGUA ES UN ACCESORIO ÉFICAZ DE LA HIGIENE BUCAL. LOS PUENTES COMPLICADOS Y APARATOS ORTODÓNTICOS FIJOS ACUMULAN RESIDUOS. LOS PUENTES COMPLICADOS Y APARATOS IRRIGADORES AYUDAN A MANTENER LIMPIA LA BOCA Y PREVIENEN LA IRRITACIÓN. ALGUNOS PACIENTES LES RESULTA CONVENIENTE AGREGAR UN APARATO IRRIGADOR AL RÉGIMEN DE HIGIENE BUCAL PARA CONSEGUIR UNA MEJOR ELIMINACIÓN DE LOS RESIDUOS.

C O N C L U S I O N E S

DURANTE MUCHOS AÑOS SE HA INSISTIDO EN LA RELACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL PERIODONTO Y LA PRÓTESIS, EL DENTISTA DEBE COMPRENDER QUE LA RELACIÓN DE LA PRÓTESIS CON LAS ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DE -- SOSTÉN Y REVESTIMIENTO ES DOBLE. LA SALUD PERIODONTAL ES ESEN--- CIAL PARA EL FUNCIONAMIENTO APROPIADO DE LAS PRÓTESIS.

LAS METAS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL NO SE LIMITA A LA ELIMINA--- CIÓN DE LAS BOLSAS Y LA RESTAURACIÓN DE LA SALUD GINGIVAL; TAM--- BIÉN DEBE CREAR EL MEDIO AMBIENTE NECESARIO PARA LA FUNCIÓN ADE--- CUADA DE LA PRÓTESIS FIJA Y REMOVIBLE. LA PERFECCIÓN TÉCNICA ES IMPORTANTE EN LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA; LA ADAPTACIÓN DE LOS - MÁRGENES, LOS CONTORNOS DE LAS RESTAURACIONES, LAS RELACIONES PROXIMALES Y LA LISURA DE LAS SUPERFICIES CUMPLEN REQUISITOS BIOLÓGI COS FUNDAMENTALES DE LA ENCÍA Y TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE; YA QUE LA FINALIDAD MÁS IMPORTANTE DE LA PRÓTESIS ES PROPORCIONAR LA ESTIMULACIÓN FUNCIONAL ESENCIAL PARA LA PRESERVACIÓN DEL PERIO DONTO DE LA DENTADURA NATURAL REMANENTE, ADEMÁS, LA ESTÉTICA Y EL MEJORAMIENTO DE LA EFICACIA MASTICATORIA Y PREVENIR LA INCLINA--- CIÓN Y EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES.

ES IMPORTANTE QUE EL CIRUJANO DENTISTA HAGA UN ESFUERZO PARA PREVENIR EL CUIDADO DE LAS RESTAURACIONES DESPUÉS DE SU INSTALACIÓN EN LA BOCA DEL PACIENTE. TENDRÍA POCO SENTIDO QUE EL DENTISTA HA YA UTILIZADO TIEMPO EN DISEÑAR, PREPARAR Y RETOCAR LAS RESTAURA--- CIONES, Y NO LE HAYA ENSEÑADO AL PACIENTE LA NECESIDAD DE MANTE---

NER HIGIÉNICA LA BOCA Y COMO CONTROLAR LA PLACA DENTAL PARA PREVENIR ENFERMEDAD PERIODONTAL. LAS RESTAURACIONES DENTALES FUNCIONAN TANTO TIEMPO, TAN SATISFACTORIAMENTE COMO LO PERMITA EL ESTADO DEL PERIODONTO.

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

A. GRANT, DANIEL, BSTERN, IRVING, G. EVERETT.

PERIODONCIA DE ORBAN

4A. EDICIÓN, EDITORIAL INTERAMERICANA,
MÉXICO 1975. P.P. 638.

BHASKAS S.N.

2A. EDICIÓN, EDITORIAL EL ATENEO, BUENOS AIRES, ARGENTINA.

BUENOS AIRES, ARGENTINA 1974. P.P. 455.

E. MYERS, GEORGE.

PRÓTESIS DE CORONAS Y PUENTES.

2A. EDICIÓN, EDITORIAL LABOR, S.A.
MÉXICO 1974. P.P. 318.

F. PRICHARD, JHON

ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA.

3A. EDICIÓN, EDITORIAL LABOR, S.A.
BARCELONA, ESPAÑA 1977. P.P. 1018.

GLICKMAN, IRVING.

PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA.

1A. EDICIÓN, EDITORIAL INTERAMERICANA,
MÉXICO 1974. P.P. 999

L. MILLEP, ERNEST.

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

1A. EDICIÓN, EDITORIAL INTERAMERICANA,
MÉXICO 1975. P.P. 353.

Mc. CRACKEN.

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

1A. EDICIÓN, EDITORIAL MUNDI, S.A.
BUENOS AIRES 1974. P.P. 468.