

870122

37

27

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MANTENIMIENTO POST-CIRUGIA PERIODONTAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

BERENICE FANO REYES

Asesor: C.D. RAFAEL VALENZUELA HERRERA

GUADALAJARA, JALISCO. 1987



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 está 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.

MANTENIMIENTO POST-CIRUGIA PERIODONTAL

I N D I C E .

INTRODUCCION

CAPITULO I.-

INSTRUCCIONES POST-OPERATORIAS AL PACIENTE

CAPITULO II.-

TECNICAS DE HIGIENE Y VISITAS PERIODICAS --

POST-TRATAMIENTO.

CAPITULO III.-

CUIDADOS DEL PACIENTE CON RELACION AL MAN-

TENIMIENTO DE LA PROTESIS

CASUISTICA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

El éxito de una cirugía Periodental, no depende solo del trabajo realizado por el Odontólogo, sino que exige tiempo y esfuerzo por parte del Odontólogo y del paciente, pues éste debe comprender la finalidad del programa de mantenimiento, aprendiendo las técnicas adecuadas del cepillado dental y del control de placa, debe de tener fuerza de voluntad y habilidad manual para que logre éxito.

El paciente necesita poner interés, se harán visitas periódicas de control, se valorará el estado actual de salud, de higiene bucal, de restauraciones, caries, prótesis, oclusión, movilidad dentaria, estado gingival y bolsas periodontales.

CAPITULO I

INSTRUCCIONES POST-OPERATORIAS AL PACIENTE.

Una operación realizada en la cavidad bucal - requiere una serie de cuidados post-operatorios. Parte de éstos debe realizarlos el paciente; otros los realiza el profesional. La colaboración entre el cirujano y el enfermo llevará al buen éxito la intervención.

Es muy difícil y hasta imposible señalar una sola área de esfuerzo quirúrgico terapéutico, que constituya el factor más importante para el éxito de la - - atención prestada al paciente. Sin embargo, la mayor -- parte de los cirujanos concuerdan en que la comprensión, la creación de confianza y la sinceridad genuina, tan - importantes en las relaciones entre cirujano y paciente antes del tratamiento quirúrgico, son aún más importantes durante la recuperación. Si el paciente no manifiesta " la voluntad de aliviarse ", será necesario motivar

lo para que esto suceda.

La completa honestidad profesional con el paciente y su familia es indispensable la simpatía, comprensión, suavidad y seguridad, exigen tiempo aunque de alguna forma debemos ofrecer esto al paciente, de tal manera que éste sienta que el cirujano no se encuentra demasiado ocupado para prestarle su atención e interés personales. Los pacientes suelen necesitar una plática "tomado de la mano", al lado de la cama, en el consultorio o en el sillón dental.

Los puntos que deberán ser tratados incluyen una explicación de lo que debe anticipar el paciente tales como: dolor, cambio de apósitos, drenaje, ambulancia y eliminación.

Aunque el manejo personal del paciente durante la recuperación es importante, tal esfuerzo no deberá ser prestado a expensas de la observación técnica y clínica. El cirujano deberá anticipar los signos de posibles complicaciones, así como de la recuperación prolongada antes de que sucedan en forma "sorprendente".

Aunque los procedimientos quirúrgicos regionales presentan problemas especiales, muchos de éstos son aplicables a todos los tipos de cirugía tales como: hemorragia post-operatoria, atelectasia, cicatrización -- tardía de las heridas, cólico, infección, problema de nutrición, depresión, agitación, sensibilidad a las drogas, alergias, enfermedades simultáneas, paro cardíaco y pulmonía.

El cirujano preocupado, amable e interesado -

que aplica sus conocimientos técnicos y profesionales -
suele verse compensado a menudo por la observación de -
un paciente que se recupera y rehabilita rápidamente. -
En términos generales el placer que encierra la prácti-
ca de la cirugía proviene de ver a un paciente aliviarse
rápidamente; así, la práctica se convierte en una se-
rie de experiencias amables y recompensadoras.

CONTROL POST-OPERATORIO DEL DOLOR.

Una fase importante pero con frecuencia pasada por alto en el control del dolor en la práctica dental es la eliminación del dolor post-operatorio. Con demasiada frecuencia el paciente deja el consultorio sin preparación para la molestia que pueda experimentar como consecuencia directa del tratamiento dental.

La eliminación del dolor durante el tratamiento es solo parte de la responsabilidad del odontólogo - para con el paciente. Si el odontólogo decide que existe aún la más remota posibilidad de cualquier dolor - - post-operatorio, el paciente recibirá una prescripción o medicación directa, si se indica para aliviarlo. Es - posiblemente más conveniente recetar la medicación requerida para un lapso de 24 a 48 horas.

Para un lapso más largo el odontólogo puede -
convenir con el paciente en ese período y determinar si
es necesario medicación o tratamiento adicional, pres--
cribiendo una cantidad suficiente para cubrir sólo un -
lapso de 24 a 48 horas, hay poca o ninguna oportunidad
de que el paciente acumule un exceso de droga para usar
lo después.

El dentista debe prescribir las drogas más --
adecuadas para el caso y asegurarse que las instruccio--
nes sean claras y concisas. El hecho de que se les haya
recetado alguna medicación les otorga una sensación de
seguridad que se necesita en el período post-operatorio
para que no sea desagradable.

Los trastornos del dolor post-operatorios son
mejor aliviados con analgésicos o narcóticos. No todos

los pacientes requieren narcóticos porque en muchos casos los analgésicos menos potentes eliminan el malestar algunos pueden beneficiarse pensando solamente que disponen de algo en caso de dolor.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS DESPUÉS DE

LA CIRUGIA BUCAL.

Existen ciertas órdenes sistemáticas post-operatorias después de los procedimientos quirúrgicos en el consultorio dental con los cuales todas las enfermeras quirúrgicas deberán estar familiarizadas.

No sólo se deberán dar estas instrucciones -- post-operatorias al paciente quirúrgico en el momento en que se despacha del consultorio dental, sino que es una buena política llamar al paciente al día siguiente de la cirugía para saber como se ha sentido y si tiene preguntas adicionales.

INSTRUCCIONES POST-OPERATORIAS SISTEMATICAS.

1.- GASA:

Déjese la gasa que tiene en la boca por lo me-
nos 30 minutos. Esto es muy importante para la he-
mostasia antes de que el paciente salga del consul-
torio asegúrese de que la gasa se encuentre en el -
sitio quirúrgico y que el paciente se encuentre mor-
diéndola fuertemente.

2.- ENJUAGUES:

No se enjuague la boca el día de hoy, sino --
que comience mañana a enjuagársela suavemente cada
tres o cuatro horas en especial después de los ali-
mentos, utilizando una cucharadita de sal en un va-
so de agua tibia. Continde con estos enjuagues va--
rios días.

No se quiere que el paciente se enjuague el día de la cirugía debido a que si lo hace podría desplazar el coágulo. Si esto sucede, podría causar algún sangrado e interrumpir el proceso normal de curación. Deberá enjuagarse insistentemente por los siguientes días de tal manera que los residuos no se acumulen en la zona evitándose la infección.

3.- REPARACION:

No moleste la herida tocándola con los dedos, palillos de dientes o la lengua, debido a que la irritación, sangrado e infección podrían instalarse en la herida. El coágulo que se ha formado es el método del organismo para realizar la curación y este no deberá ser molestado.

Los pacientes tienen la tendencia a " jugar "

con las zonas quirúrgicas dentro de la cavidad bucal. -
Puede ser que no se estén dando cuenta de que lo están
haciendo daño potencial a la herida, y es por lo que se
les llama la atención en esta precaución.

4.- NO FUME NI INGIERA BEBIDAS ALCOHOLICAS DURANTE LAS

PRIMERAS 6 HORAS.

Se le pide al paciente que no fume dentro del
período de tiempo inmediato, de tal manera que en -
las primeras etapas de la formación del coágulo no
se introduzcan piezas de tabaco dentro del alvéolo
que actúen como cuerpo extraño.

Se le pide que no ingiera bebidas alcohólicas
debido a que el alcohol es vasodilatador (provoca
que los vasos sanguíneos amplíen su tamaño) y por
lo tanto, puede estimular el sangrado durante estas
primeras horas del post-operatorio.

5.- INFLAMACION:

Una bolsa de hielo o hielo en pedacitos en -- una toalla, deberán ser aplicados a la zona quirúrgica durante las primeras 24 horas, por períodos de media hora y con descansos de media hora, después de esto, se deberá de aplicar una bolsa de agua caliente a la zona de manera similar, hasta que la inflamación haya disminuido.

La inflamación post-operatoria llamada edema es la acumulación de líquido entre las células, las cuales alcanzarán su punto máximo en las 48 horas - posteriores y entonces comenzarán a disminuir.

El hielo se utiliza durante las primeras 24 - horas en un intento para reducir el edema, pero no es utilizado constantemente debido a que produce va

soconstricción (estrechamiento de los vasos sanguí- --
neos) y la sangre es necesaria en la zona para ayudar
al curado post-operatorio.

La bolsa de agua caliente es utilizada en los
días ulteriores, de tal manera que se trae sangre adi--
cional dentro de la zona para ayudar a la reparación de
la zona quirúrgica.

Cuando el paciente se presenta con infección
y tiene inflamación extrabucal, en vez de ponerle hielo
se le pide que se ponga una botella de agua caliente du-
rante las primeras 24 horas y después, debido a que lo-
caliza la zona de infección mejor que el hielo. Dígale
al paciente que puede haber más infección y más dificul-
tades post-operatorias en el segundo día después de la
cirugía que las que hubo durante el primero.

Si la inflamación es peor en el tercer día de lo que fue durante el segundo y el primero, entonces deberá ser visto por el doctor. De su propia experiencia personal usted sabe que si ejecuta algún tipo de ejercicio físico al cual no está acostumbrado, como podría -- ser el boliche o el esquiar, notará que el segundo día después de este ejercicio es a menudo peor que el pri--mer día. Lo mismo sucede con las zonas quirúrgicas en el post-operatorio.

6.- SANGRADO:

Después de las extracciones es de esperarse - cierto sangrado. Muerda sobre gasa en el lugar de - la extracción con presión considerable. Si esto no provoca cierta molestia leve es que no se está pro- duciendo presión suficiente o no se está mordiéndolo en el sitio adecuado. Si el sangrado persiste por -

cualquier tiempo, dígame al paciente que telefonee al consultorio.

Al paciente se le advierte que puede tener algún sangrado y él sabe que eso es normal. Se sabe que el paciente muchas veces en vez de colocar la gasa en el sitio quirúrgico se la coloca en la zona vestibulobucal, de tal manera que lo que está haciendo es juntar la sangre, no provocando presión en la zona quirúrgica.

Es por esta razón que pese a que puede parecer brusco, se le dirá al paciente que muerda duro en el sitio quirúrgico hasta que sienta alguna molestia. De esta manera se sabe que está ejerciendo presión suficiente. Si el sangrado persiste y el paciente ha hecho todo lo que se le ha ordenado, entonces el doctor deberá tomar otras medidas.

7.- DOLOR:

Para el dolor de tipo leve al tipo promedio, se utilizan medicamentos del tipo de la aspirina o la recta que el doctor haya dado.

El doctor habitualmente puede anticipar cualquier tipo de dolor que se le puede presentar al paciente, más allá de la cantidad promedio y le dará al paciente una receta de acuerdo a la intensidad del dolor esperado. Para un dolor sistemático, el paciente podrá utilizar un medicamento del tipo de la aspirina.

Si esto no llena todos los requerimientos para aliviar el dolor, el paciente probablemente llamará al día siguiente, o lo dirá el día que le hablen para la llamada post-operatoria. En este momen

to se le dará una receta para un medicamento más --
fuerte.

8.- ALIMENTACION:

Se le aconsejará alimentación blanda o líquida durante las primeras 24 horas. Asegúrese de consumir gran cantidad de líquido.

El paciente, por lo general, no comerá nada - duro por las primeras 24 horas después de la cirugía, pero no se desea que deje de nutrirse. Por lo tanto, se le sugiere que por lo menos beba gran cantidad de líquido, debido a que esto no molesta la zona quirúrgica e impedirá que el paciente se deshidrate. Una alimentación blanda es fácil de manejar por el paciente y es poco probable que estimule -- cualquier sangrado post-operatorio.

9.- BORDES OSEOS:

Fragmentos pequeños y afilados de hueso podrán llegar hasta la encía durante el proceso de sanado. Estas no son raíces, y si están molestando regrese al consultorio para que le sean retirados.

La razón es hacer hincapié en que no son raíces ni ápices, debido a que el autor ha recibido -- llamadas en las que le aseguran que restos del diente o pedazos de raíces fueron dejados en el alvéolo sistemáticamente haga esta advertencia al paciente.

El paciente no se da cuenta que puede haber - virutas óseas que tratan de salir por las encías, y lo primero que le viene a la mente es que parte del diente le fue dejado en el alvéolo.

10.- SUTURAS:

Si se han colocado suturas y van a ser retiradas, por favor, asegúrese que esto sea un procedimiento indoloro.

Una vez más, esto no estaba en las instrucciones post-operatorias originales del doctor. Muchas veces, el paciente que regresa para la remoción de sus suturas, expresará un gesto de alivio después - que le han sido retiradas, y dirá que había estado angustiado toda la semana respecto al dolor que le podría haber causado la remoción de las suturas.

Por lo tanto, esto ha sido incluido dentro de las instrucciones post-operatorias y ha reducido la angustia del paciente respecto a esto en gran cantidad. El paciente a menudo asocia la remoción de las

suturas de la cavidad bucal con la eliminación de - suturas de la piel que en ocasiones provocan cierta molestia, debido a que se han endurecido por rese-- quedad y podrán tener una zona de costra alrededor. No es cierto, por supuesto, que esto ocurra dentro de la cavidad bucal, debido a que las suturas se en-- cuentran continuamente bañadas por saliva, y se en-- cuentran flojas y se quitan con facilidad.

11.- SINTOMAS:

Si ocurre cualquier síntoma poco usual, por - favor, llame al consultorio de inmediato.

Esta orden es un tipo de " respuesta general " para cualquier otra pregunta o problema que el pa-- ciente pueda tener. Si se le asegura que la respues-- ta está tan cercana como el teléfono, se le da con-

fianza adicional durante el período post-operatorio y de curación, pues sabe que puede llamar en caso - de que le surja cualquier problema o pregunta.

Estas son las instrucciones sistemáticas post operatorias que el consultorio proporciona a todos los pacientes en el post-operatorio.

Adicionalmente encontrará un par de líneas en blanco, de tal manera que podrá escribir cualquier cosa rara o particular del caso; por ejemplo, cuando la cirugía del seno maxilar se ha llevado a cabo, ya se ha indicado que durante el post-operatorio inmediato no fume ni se suene la nariz. Esto entonces será escrito en - - esas dos líneas. Una de las líneas deberá guardarse para incluir en ella las instrucciones de antibioticoterapia que el doctor pudiera haber prescrito.

Un problema post-operativo visto a menudo, pero que no se incluye en las hojas de instrucciones post operatorias sistemáticas porque puede causar alarma a algunos pacientes y el número real en los que puede ocurrir es muy pequeño, es que algunos pueden desarrollar puntos azules y negros (equimosis) en la zona quirúrgica. Esto es especialmente probable en personas viejas o de complejón muy delgada. Esto es debido a los productos de descomposición sanguínea que se acumulan dentro de los tejidos. Este cambio de color puede extenderse inferiormente a través del cuello y del pecho. Asegúrese que esto se encuentra dentro de los límites normales y no debe preocupar.

C A P I T U L O I I .

TECNICAS DE HIGIENE Y VISITAS PERIODICAS
POST-TRATAMIENTO.

INSTRUCCION DEL PACIENTE:

El programa de instrucción consiste en visitas diarias o en días alternos. Se destinarán a esto de cuatro a cinco sesiones. En cada visita se hará un índice de placa para mostrar la mejoría al paciente.

En las visitas de control se tomará un nuevo índice para determinar el estado de la higiene bucal, y compararlo con los índices tomados al final del tratamiento. El índice de placa tiene un papel motivador muy importante en la prevención de la enfermedad, y también sirve de registro.

Una demostración exclusivamente mecánica del cepillado de los dientes está condenada al fracaso en la mayoría de los pacientes. Es necesario el explicarle al enfermo por qué se le solicita que lleve a cabo procedimientos que algunas veces son bastante difíciles y consumen tiempo. La explicación no debería ser una general, sino relacionarse al problema del enfermo y constituir una parte real de la presentación.

MOTIVACION:

La naturaleza de la placa bacteriana y su adhesión está cuidadosamente explicada. El papel que juega en la caries y la enfermedad periodontal está claramente delineado. En esta fase el paciente, sin haber tenido demostración alguna de cepillado, debería haber sido motivado.

EDUCACION:

Se hará hincapié en el hecho de que no hay una forma correcta de cepillado, la forma correcta puede ser cualquiera de numerosos métodos diferentes que convenga a cada paciente en particular.

Así, los dientes son pintados con una solución reveladora y al aparecer la placa se le muestra al paciente y se le indican las zonas que han sido pasadas por alto durante el cepillado. Con cuidado eliminamos la placa para demostrar al paciente que es fácil eliminarla mecánicamente.

Un cepillo apropiado es seleccionado para el paciente y se le dice que será el cepillo que será sellado y conservado en su estuche para entrenamiento en cada visita. Por lo tanto, se aconseja comprar cepillos

que vengan en estuche y así podrán guardarse, por ejemplo, Oral B-40 o el Wisdom de penacho múltiple.

DEMOSTRACION:

Se le pide al paciente que traiga el cepillo que ha estado usando hasta el momento actual en su hogar, pero que no compre uno nuevo. Se examina buscando lo adecuado del mismo y se le pide al paciente que demuestre por completo como se lleva a cabo el cepillado. Debe hacerse hincapié que se desea que haga un cepillado lo más completo posible. Es de ayuda el colocar un cronómetro al comienzo. Después de observar la rutina se manifiesta el tiempo de ejecución (¡alrededor del orden de 20-30 segundos, aunque el ejecutante insiste a menudo que le ha tomado 2 minutos!).

Se señalan los errores en el cepillado, la falta de método organizado. Un error casi constante es

que los pacientes mojan el cepillo de dientes antes de empezar. Se les señala que esto es una cosa incorrecta y el peor procedimiento es el usar agua caliente que dañará las cerdas. Modelos de tamaño natural son usados para las demostraciones del cepillado, particulares, para clases en grupo es preferible usar modelos gigantes.

Cada cuadrante es dividido en tres áreas, -- posterior, medio y anterior y para fines de cepillado, éstas se subdividen en: cara bucal/labial y cara lingual/palatina. Se recomienda al paciente cepillar cada una de estas seis áreas, con ocho cepilladas, haciendo un total de cuarenta y ocho cepilladas por cada cuadrante o aproximadamente 192 cepilladas para una boca completa.

Se ha observado que como ya se mencionó anteriormente, el paciente tiene un mal concepto del tiempo

requerido para el cepillado, pero puede contar con facilidad 192 cepilladas. Además, las cepilladas se relacionan con zonas específicas de la boca y no hay garantía alguna de que el paciente se cepille con más método.

Hay muchos métodos de cepillado. El dentista o el higienista no debería complicar aún más el problema empleando muchas técnicas diferentes, debería concretarse a demostrar cuando menos dos métodos.

CEPILLOS DE DIENTES:

Se recomienda el cepillo de dientes de mango recto con dos hileras de cerdas, conocido como de tipo profesional. También se ha comprobado que son eficaces las cerdas naturales y de nylon.

En presencia de inflamación gingival aguda - el paciente puede comenzar con un cepillo de dientes de

cerda blanda para ir proporcionando consistencia al tejido, y después cambiar por un cepillo de cerda dura para la fisioterapia bucal de rutina.

Los cepillos de dientes eléctricos son ventajosos sólo en tanto se sigan los conceptos básicos de cepillado manual correcto.

METODO MODIFICADO DE STILLMAN:

Se complementa la acción vibratoria de las cerdas con un movimiento del cepillo a lo largo del diente y en la dirección de la línea de oclusión. El movimiento del cepillo comienza sobre la encía insertada cerca de la unión con la mucosa alveolar y se describe una trayectoria que incluya la encía insertada y marginal y superficies dentarias contiguas.

METODO DE FONES:

Se introduce el cepillo en la boca con el --

mango paralelo a las superficies oclusales de los dientes y las cerdas perpendiculares a las superficies vestibulares. Se ocluyen los dientes. Se hace presionar el cepillo con **fir**mesa sobre las superficies vestibulares de los dientes y se le imprime movimiento rotativo contra esas superficies y la envía de ambos arcos. Esta acción de frotado circular continúa hasta que estén **limpi**as todas las superficies vestibulares. Después se retira el cepillo, se lo coloca sobre las superficies y **la** envía de ambos arcos. Esta acción de frotado circular continúa hasta que estén limpias todas las superficies vestibulares. Después se retira el cepillo, se lo coloca sobre las superficies palatina y lingual y se **com**ienza un movimiento rotativo similar.

TECNICA INTERSURCAL:

Se comprobó que no hay un solo método de ce-

pillado totalmente adecuado para todos los pacientes. El método intersurcal preconizado por Talbot en 1899 y por Bass en 1944 es popular en la actualidad porque incluye un intento de limpiar el surco. Esta técnica elimina la placa del margen gingival expuesto y alrededor de medio milímetro dentro del surco. Los surcos interdentarios se limpian mejor con hilo. La superficie oclusal se limpia mediante un movimiento vibratorio de las puntas de las cerdas sobre ella. En bocas en que la enfermedad periodontal ha dejado espacios interproximales grandes, se hará la técnica de Charters después de la intersurcal, para después hacer uso del hilo dental o del cordón de algodón.

TECNICA INTERSURCAL MODIFICADA:

En el método intersurcal modificado se usa un cepillo multipenacho de cerdas blandas. Las cerdas tienen extremos pulidos de 0.01 mm de diámetro. Coloque

el cepillo de manera que los costados de las cerdas que den contra las superficies vestibular, palatina o lingual de los dientes, las cerdas internas queden cerca de los dientes, y los extremos de las cerdas contra el margen gingival de esos dientes. Gírese levemente el mango del cepillo hasta que las dos o tres hileras externas de cerdas se apoyen sobre el margen gingival y sobre la encía insertada adyacente a ese margen. Imparta un movimiento de vibración en sentido anteroposterior, dejando que las cerdas cercanas al diente se introduzcan en el surco gingival. Al mismo tiempo, el movimiento vibratorio de las dos o tres hileras de cerdas externas quitará la placa de la encía insertada que se halla bajo los extremos de las cerdas y estimulará la encía. Este movimiento vibratorio se prolongará unos 10 segundos. Los costados de las cerdas cercanas al diente friccionan, lo cual ayuda a aflojar la placa. Después -

de efectuar el movimiento de vibración, gire el cepillo hacia la superficie oclusal. Comience la secuencia de cepillado en la parte posterior de la boca, en el arco superior y en las superficies vestibulares. Coloque el cepillo según lo descrito hasta completar el ciclo. Después, móvelos al nuevo segmento hacia mesial, tomando un pequeño sector del segmento cepillado anteriormente. Repita el ciclo hasta limpiar el último diente del lado opuesto del arco. Cepille la superficie distal del último diente del arco colocando los extremos de las cerdas contra esta cara y haciendo vibrar el cepillo. Repita el procedimiento, esta vez volviendo por la superficie palatina del lado opuesto del arco. A continuación, coloque los extremos de las cerdas sobre la superficie oclusal en un extremo del arco superior y vibrese para penetrar en las fisuras oclusales, dando la vuelta hacia el lado opuesto.

Una vez completado el arco superior cepille los dientes inferiores, comenzando por las caras vestibulares del segmento posterior, recorriendo el arco por las caras vestibulares y luego las linguales, de la misma manera que se hizo en el maxilar superior. Coloque los extremos de las cerdas en los márgenes gingivales con los costados de las cerdas contra la superficie dentaria. Gire el mango del cepillo de modo que dos o tres hileras externas de extremos de cerdas queden en contacto con la encía insertada y, en seguida, vibre el cepillo en sentido anteroposterior, dejando que los extremos de las cerdas de la hilera interna se introduzcan en el surco. Después de unos 10 segundos (ocho o diez vibraciones), gire la muñeca para llevar los extremos de las cerdas hacia las superficies oclusales. Haga esto por sectores, en todo el arco, en las superficies dentarias vestibulares, y repítalo en las superficies

linguales como se describió para el arco superior.

Cepille perfectamente las superficies distales de los últimos dientes del arco y las superficies oclusales.

Cepille el segmento lingual anterior como cualquier otro segmento. Asegúrese de escoger un cepillo pequeño que se adapte a los segmentos curvos.

LA TÉCNICA CIRCULAR:

Las técnicas efectivas de cepillado no son dominadas con facilidad por el paciente promedio. Por lo tanto, debemos evitar maniobras complicadas. Tal vez la técnica circular sea el método más fácilmente enseñado aunque ésta, todavía ofrece dificultades para aquellas personas que carecen de destreza manual. El cepillo se coloca sobre el primero de los 12 sectores en que dividimos el maxilar, con las cerdas sobre la mucosa alve

olar, señalando fuera de la superficie oclusal. El lado de las cerdas, apretadas contra la encía contigua y zona de surco. Las cerdas son entonces rotadas a través de la encía hacia la superficie oclusal, manteniendo los lados del cepillo firmemente presionados contra los tejidos (los que deberán verse algo blanqueados) y con muchas de las cerdas barriendo a través de espacios interproximales. Esta cepillada se repite ocho veces, en cada región. Suponiendo que la zona bucal fue cepillada, se sigue con la zona lingual repitiendo alrededor de todo el arco. Las superficies oclusales son entonces cepilladas con un movimiento de vaivén.

El énfasis en todo el cepillado es que el cepillo debe usarse como una escoba para barrer y no como un cepillo de fregar. Se debe tomar el cepillo verticalmente para las superficies linguales de los dientes anteriores superiores e inferiores.

TECNICA DE BASS:

Esta es una de las técnicas que se han vuelto más populares y depende del uso de cepillos de penachos múltiples de plástico fino. El cepillo se coloca en la misma región, pero con las cerdas en un ángulo de 45 grados con respecto al eje longitudinal de los dientes y señalando hacia el surco gingival. Las cerdas están hechas en realidad para entrar en el surco y el cepillo gira firmemente en un círculo pequeño; sin mover las puntas de las cerdas del surco. De esta manera, las zonas gingivales del diente y las "bolsas" son limpiadas. La acción es repetida en las zonas adyacentes siguiendo el patrón descrito anteriormente. Algunos dentistas abogan por el movimiento en vaivén de las cerdas en la zona de los surcos en vez del movimiento circular. Las áreas linguales de los dientes anteriores son limpiadas usando la misma técnica, pero tomando la cabeza del cepillo verticalmente.

TECNICA DE CHARTERS

Esta técnica no es muy usada hoy en día, como el método Bass y consiste de una acción substancialmente similar, excepto que el cepillo es usado con las cerdas apuntando oclusalmente en un ángulo de 45 grados no hay acción de las cerdas en el surco gingival, pero el movimiento vibratorio se concentra en limpiar los -- espacios interproximales.

Estos métodos, no deben ser enseñados indiscriminadamente al paciente, pues se debe evaluar la habilidad del paciente para eliminar la placa bacteriana con el más simple de los métodos, aquí las diferencias en la alineación de los dientes, forma y tamaño del arco, inclinación y habilidad manual puede provocar la modificación en los métodos de enseñanza. Esto hace hincapié en la necesidad personal de entrenamiento de uno en uno y las desventajas de la enseñanza en grupos.

EVALUACION:

Después de cada demostración se le pide al paciente que cepille sus dientes en forma semejante y el dentista puede ayudar colocando el cepillo del paciente en la posición correcta y ayudando a mover la muñeca y mano en forma adecuada.

Después de esto, se usa la solución indicada y se le muestra la placa residual que se vea. Un procedimiento similar se repite en las siguientes visitas, aproximadamente una semana después, y la solución reveladora nos indicará las zonas mal cepilladas.

Se le da al paciente más entrenamiento y es usual que sea suficiente con 3 ó 4 visitas para lograr una habilidad y control satisfactorios.

DENTIFRICOS:

Aunque la remoción de los restos y la placa

bacteriana de las superficies de los dientes y encías - es casi enteramente mecánica, la importancia de un buen dentífrico no debe ser **menospreciada**.

El dentista debe ser más responsable al recomendar una pasta, nuestros pacientes esperan un poco -- más de consejo que "use la que tenga el sabor que usted prefiera" o "use la más barata que pueda conseguir". -- Aunque no es necesario que recomendemos una en especial a nuestros pacientes, es más sensato recomendar 2 6 3 - que creamos sean seguras y útiles y que se piense que - mantengan la misma fórmula de manera constante. Uno de los peligros de recomendar los dentífricos de los supermercados es que a menudo son productos hechos por fabricantes desconocidos y en ocasiones sobre una base de beneficio y popular.

Los dentífricos que, por lo general, son recomendables desde el punto de vista terapéutico, son --

los que contienen compuestos de fluoruro y han desarrollado y lanzado al mercado después de investigaciones y pruebas cuidadosas.

DENTIFRICOS PARA UN PROPOSITO ESPECIAL:

Algunos pacientes que tienen zonas sensibles cervicales, se pueden beneficiar con el uso de pastas desensibilizadoras tales como: Sensodyne, Emoform (Thermodent). Aunque muchos pacientes declaran que se les ha aconsejado usar estas pastas para tratar gingivitis o periodontitis, no hay justificación alguna para esta recomendación. El único mérito posible para tales dentífricos, es el tratamiento sintomático de sensibilidad de la dentina, no de las encías. Antes de tratar las zonas dolorosas en esta forma, debería ejecutarse una investigación meticulosa en las causas más definitivas. Cuando estas pastas se usan, el paciente deberá ser instruido para que se cepille con una cantidad pequeña

de pasta y seguir al final con otro poco de pasta frota
da con un dedo sobre las zonas sensitivas.

OTROS DISPOSITIVOS DE LIMPIEZA.

SEDA DENTAL:

La seda dental puede ser encerada o sin encerar. Una seda de doble anchura, Dentotape, es probable que sea más fácil de manejar por los pacientes. Actualmente está de moda la seda no encerada, porque se dice que en uso, el hilo se abre y atrapa a la placa bacteriana y los restos y, por consecuencia, limpia mejor -- los espacios interdentes.

La seda encerada ha sido usada por generaciones con resultados satisfactorios, pero en general, pocos pacientes perseveran en el uso de cualquier tipo de seda. La seda no es tan aceptada para limpieza de rutina por un difícil manejo por los pacientes, en cambio -- el cepillo si lo es. Demasiados pacientes renuncian al uso de la seda en un periodo corto.

TECNICA DEL USO DE LA SEDA:

Siempre es necesaria una cuidadosa demostración. Las instrucciones escritas son provechosas, solamente después de haber tenido entrenamiento práctico de su manejo. Se ha encontrado que es más fácil cortar 15 cm de largo de la seda y amarrar los extremos para formar una asa, entre el pulgar izquierdo y el dedo índice derecho, para limpiar el cuadrante superior izquierdo. Para el cuadrante derecho se invierten los dedos. Para los dientes inferiores. La seda se sostiene tensa entre los dedos y se manipula suavemente desde la superficie oclusal a través del punto de contacto hacia abajo, al surco gingival, donde si es posible se desliza a lo largo de la superficie dental, justamente bajo el surco y las dos manos se llevan lo más cerca posible, enrollando así la seda alrededor de la mitad de la circunferencia del diente. En esta posición se mueve suavemente la

seda oclusalmente, mientras se sostiene con firmeza contra la superficie del diente. La acción se repite, y la superficie del diente vecino a través del nicho se trata en forma semejante. Se instruye al paciente para que limpie todas las superficies proximales, cambiando la forma de tomar el hilo como se indicó. En donde no sea posible introducir el hilo a través de un punto de contacto (puntos soldados de puentes fijos o férulas) se pasará por abajo del punto de contacto, usando un hilador de seda (Nupons, Zon, etc.).

Usualmente, el paciente tiene mayores dificultades manejando la seda no encerada y es muy dudoso suponer que tenga alguna ventaja supuesta sobre las dificultades encontradas, o que traiga beneficio medible salvo para los vendedores de seda. Hill, Levi y Glickman (1973) demostraron que no había diferencias significativas en la reducción de la placa interdental y de la inflamación gingival interdental después del cepillado

y del cepillado seguido del uso de seda dental encerada o no encerada. Hay muchos dispositivos con seda en el mercado, pero ninguno es recomendado porque no son fáciles de manejar que la seda misma.

PALILLOS DE MADERA:

Muchos pacientes, fácilmente se adaptan al uso de palillos (Sanodents,). Estos, junto con otros limpiadores interdenciales, deben recomendarse sólo donde hay suficiente espacio interdental que no esté lleno de tejido gingival. Es necesario mucho cuidado en la instrucción del uso de los palillos de madera. No deben ser usados como mondadientes, que es lo que los pacientes tienden a hacer. El palillo debe insertarse dentro del espacio interproximal, su extremidad puntiaguda dirigida primero en un ángulo de 45 grados al eje longitudinal del diente, el borde cortante del palillo estará lejos de la encía. El palillo se pasa 12 veces en cada

espacio, con la punta apuntando coronalmente. Debe hacerse hincapié que es el paciente quien debe comenzar desde un punto fijo en la boca y trabajar alrededor de ella, regresando al mismo punto. Este orden es con el fin de omitir ningún espacio. Puede haber alguna dificultad en penetrar en los espacios en la parte posterior de la boca, por lo que otros dispositivos y técnicas pudieran tener que ser empleadas. El tipo Portia de palillos de madera (de hecho la original idea de los mondadientes) son bastantes baratos y serán suficientes para algunos pacientes, a causa de que están hechos de madera dura y no se comprimen; sorpresivamente, requieren un poco más de espacio que los palillos más compresibles del tipo Stimudents.

CEPILLOS INTERDENTALES:

El cepillo intersticial Halex o el Wisdom -- Spacemaster tienen la ventaja de que pueden penetrar --

fácilmente en las zonas posteriores y los pacientes no tienen dificultades en su uso, además tienen la ventaja de ser razonablemente baratos. Es posible también limpiar los espacios interproximales de las caras labial y lingual de las arcadas maxilar y mandibular. Algunos cepillos chicos pueden ser adaptados y fijados a mangos de metal mediante un anillo de rosca (Perio-aid, Periopak). Usualmente son costosos, el cepillo del tipo de lavador de botella elimina más fácilmente las placas de los dientes posteriores y un cepillo similar que puede usarse es el de tipo pequeño que se etiqueta para la limpieza de las hojas de las afeitadoras eléctricas. Todos son usados para entrar a los espacios interproximales, en el mismo ángulo que se recomendó con los palillos de madera.

TIRA DE GASA:

Si los espacios entre los dientes son anchos

las superficies proximales pueden limpiarse con una tira de gasa de 1.25 cm (la gasa acintada sería ideal).

PAÑOS PULIDORES:

Pueden usarse paños para pulir (toalla de paño delgado que se corta a la forma de los dedos y algunas veces se cosen a una forma y tamaño promedio, por el personal dental en horas desocupadas) las superficies de todos los dientes antes del cepillado. Sin embargo, ésta parece ser una complicación más para las aflicciones del paciente, pero puede reservarse como parte de nuestro arsenal especial para los enfermos difíciles como, por ejemplo, en los niños incapacitados física o mentalmente; en estos casos resultará más fácil la labor de limpieza para la madre o la persona encargada de un paciente con tales dificultades.

LIMPIEZA DE LA LENGUA:

En algunas bocas, la lengua juega un papel -

decisivo en el mantenimiento de la infección bucal y esto puede ser notorio en casos de halitosis. Esta puede estar asociada con el estancamiento acumulado alrededor de los dientes; por otra parte, la lengua y la inactividad pueden ser factores básicos en ambas acumulaciones. Se ha observado que muchos fumadores empedernidos, en especial de pipa, tienen disminuida la actividad de la lengua, quizá debido a la quemadura inicial de la punta y después, por la disminución de la sensibilidad de la punta. La actividad de la lengua regresa a su nivel normal aproximadamente tres meses después de haber dejado de fumar. Los depósitos de la lengua pueden eliminarse por el uso del cepillo de dientes o tal vez (con menor frecuencia a causar náuseas) con el uso del raspador de lengua.

SITUACIONES ESPECIALES:

Cuando hay recesión gingival (atrofia), solo

se recetarán cepillos manuales blandos de penachos múltiples, y se enseñará una técnica que no sea traumática tal como la de Stillman (modificada). Además, se usará un dentífrico con agentes pulidores sumamente finos. Similares instrucciones se impartirán a pacientes que sufren gingivitis descamativa crónica y pacientes con postoperatorios recientes. En presencia de hiperplasia gingival, como en casos de pacientes bajo tratamiento de difenilhidantoína (Dilantina) se indican masajes y cepillado vigorosos con un cepillo algo más duro. También da buenos resultados el masaje de la encía hiperplástica con la yema del dedo índice.

Algunas veces resulta útil el empleo de instrumentos complementarios de masajeo, tal como la taza de caucho blanda, fabricada por Denticator. Además, una zona gingival que no adquiere el color y el tono adecuados después de minucioso desbridamiento y no obstante -

la buena higiene bucal a veces responde al masaje con el dedo.

La limpieza y el masaje correctos son de valor inestimable en el tratamiento de la enfermedad periodontal y en el mantenimiento del caso tratado. Se prestará estricta atención a las necesidades de cada paciente. La topografía de los dientes y tejidos, la habilidad manual y la idiosincrasia del paciente crearán problemas en casos individuales.

ENJUAGUE:

Una vez hechos el cepillado y la estimulación interdientaria, es fundamental enjuagar la boca. Se hará pasar agua tibia con fuerza por los espacios interdentarios. El cepillo, los palillos y la cinta aflojan, pero no quitan, la materia alba y otros residuos.

APARATOS DE IRRIGACION CON AGUA:

Se pueden utilizar aparatos de irrigación -- con agua. Los hay de varias clases. Unos utilizan el -- agua corriente para irrigar entre los dientes y en tor- no a ellos. La presión del agua se regula girando el -- grifo. Otros actúan mediante un chorro de agua intermi- tente. Se coloca agua en un recipiente y se la impulsa mediante una bomba; el agua sale con presión intermi- tente regulada.

Los puentes complicados y aparatos ortodónti- cos fijos acumulan residuos. Los aparatos irrigadores - ayudan a mantener limpia la boca y previenen la irrita- ción. A algunos pacientes les resulta conveniente agre- gar un aparato irrigador al régimen de higiene bucal pa- ra conseguir una mejor eliminación de los residuos. Pre- valece la impresión de que la presión de agua ayuda a - quitar residuos de alimentos e incluso algo de materia alba, pero no elimina toda la película de placa denta--

ria.

Se han registrado lesiones y abscesos producidos por aparatos irrigadores, pero no se presentó la relación de causa y efecto. Por encima de todo, recuerde que la irrigación, necesaria como es, solo elimina el material aflojado; complementa, pero no reemplaza, el uso del cepillo y la estimulación interdientaria. Las técnicas de irrigación con agua se han estado utilizando hace tiempo en Europa para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Se conocen generalmente como balneoterapia.

C A P I T U L O I I I

CUIDADOS DEL PACIENTE CON RELACION AL MANTENIMIENTO DE
LA PROTESIS.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE:

Se supone que ya se ha instruido al paciente por anticipado, en el uso de una técnica satisfactoria de cepillado de los dientes, y ahora sólo queda demostrarle el uso del hilo dental para limpiar las zonas del puente de más difícil acceso. Se le da al paciente un espejo de mano para que observe cómo se debe pasar el hilo dental a través de una zona interproximal del puente. Se elige una región de fácil acceso y se pasa el hilo desde la superficie vestibular hasta la superficie lingual. Si se considera deseable o necesario para el caso, se le puede mostrar uno de los enhebradores de hilo dental disponibles en el comercio. Cuando se pasa el hilo, se pulen las regiones interproximales y la superficie mucosa de la pieza intermedia con el mismo hi-

lo, para que lo vea el paciente. Entonces se pide al paciente que pruebe por si mismo, procedimiento no siem--pre fácil, al principio, pero que se aprende pronto con un poco de práctica.

Durante los días subsiguientes a la cementación del puente, se puede notar ciertas incomodidades. Los dientes que han estado acostumbrados a responder a las presiones funcionales como unidades individuales, - quedan ahora unidos entre si y reaccionan como una sola unidad. Los movimientos de los dientes cambian, e indudablemente tiene que ocurrir algún reajuste estructural en el aparato periodontal. Algunos pacientes se quejan de una incomodidad que no pueden precisar, la cual se - puede atribuir probablemente a dicho factor; otros, no acusan cambios. Los dientes pilares pueden quedar sensibles a los cambios térmicos de la boca, y puede notarse algún dolor. Se recomienda al paciente que evite tempera

turas extremas en los dias inmediatamente subsiguientes a la cementación del puente. El odontólogo debe tener cierta intuición de la incidencia de estos problemas por el comportamiento del paciente y por la condición de los dientes obtenida durante las distintas operaciones que preceden al ajuste del puente. Hay que tener discreción y no alarmar al paciente con una enumeración de problemas que puede ser que nunca experimente.

A pesar de todos los cuidados y precauciones que se hayan tomado en el ajuste de la oclusión, aún es posible que cuando el paciente explore las relaciones de su nuevo aparato, aparezcan algunos puntos de interferencia. Si esto se advierte cuando todavía está en el consultorio, se debe retocar la interferencia. Se le exponen al paciente las limitaciones del puente, que las carrillas son frágiles y que no debe morder objetos duros, que la salud de los tejidos circundantes depende de su -

cuidado diario, que el puente se debe inspeccionar a in
tervalos regulares, tal como se recomienda, que se tra-
ta de un aparato fijo cementado en un medio ambiente vi
vo y en continuo cambio, y que habrá que ajustarlo de -
cuando en cuando para mantener la armonia con el resto
de los tejidos bucales, y que si se presentan sintomas
extraños en cualquier ocasión se deben investigar lo --
antes posible.

REVISIÓN Y MANTENIMIENTO.

Después de cementado, hay que examinar el --
puente a los 7 ó 10 días. Se hace un examen rutinario --
en el cual se exploran los contactos interproximales,
las relaciones mucosas de las piezas intermedias, los --
márgenes de los retenedores, los tejidos gingivales y --
la oclusión. De todos ellos, el más importante y el que
con más frecuencia requiere atención, es el relativo a
la relación oclusal. En el momento de este examen, lo --
más que se habrá conseguido es que la oclusión se haya
amoldado a los movimientos guiados de la mandíbula. Du--
rante los 7 a 10 días anteriores, el paciente ha podido
hacer muchas relaciones oclusales con el puente, algu--
nas, durante los movimientos funcionales, y otras, du--
rante los movimientos habituales o los movimientos ex--
ploratorios nuevos. Se pueden haber localizado uno, o --
más, puntos de interferencia como consecuencia de estos

movimientos. El paciente puede haberlos notado o no. Si la superficie oclusal se había rociado con el aventador de arena antes de cementar el puente, los puntos de interferencia se pueden localizar por la presencia de áreas brillantes en las superficies oclusales del puente. Pero no todos los puntos brillantes son interferencias, puesto que los topes céntricos y los planos guías también muestran marcas pulidas. El operador observa las superficies oclusales, localiza las áreas más pulidas y las examina relacionándolas con los distintos patrones de movimiento funcional. Cualquier área que esté más brillante que lo normal se revisa cuidadosamente para ver si hay interferencias. Si se comprueba que es un área de interferencia, se retoca el diente siguiendo las reglas del ajuste oclusal.

Una vez hechos todos los ajustes, se puede pulir rápidamente la superficie oclusal, en la boca, --

con los agentes usuales, y si no hay motivo para que el paciente regrese para futuros ajuste, se le repiten las instrucciones para la limpieza del puente y se le recalca la necesidad de revisiones regulares. A cada paciente se le indica un intervalo de tiempo apropiado a su caso particular y se anota en la historia clinica la fecha en que se le debe llamar para hacerle el control. Los modelos, los moldes de estudio y las fotografias, se archivan para que sirvan como referencia cuando sean necesarios.

EDUCACION DEL PACIENTE

INSERCIÓN Y RETIRO DE LA PROTESIS:

Mediante una buena demostración práctica, se debe enseñar al paciente a colocar y retirar la prótesis parcial; también debe inculcársele un método para el cuidado diario de su prótesis. Mientras se coloca la prótesis, debe mostrarse al paciente cómo ubicar los retenedores directos sobre los pilares, cómo llevar los conectores menores sobre los planos de inserción y, por último, cómo empujar la prótesis a través de su vía de inserción hasta su asentamiento total. Hay que recalcarle que la prótesis nunca debe asentarse de modo que haga presión con los dientes antagonistas, para evitar así la distorsión de los ganchos. Debe comprender que para retirar la prótesis de la boca de la manera más segura hay que tomar la base con firmeza, pero que si se usa un retenedor directo como punto de apoyo o de palan

ca, la posibilidad de deformación será menor si se hace la fuerza en la unión del brazo retentivo con el conector menor. El paciente debe tener un espejo para observar todo lo que se le va indicando, y a continuación debe repetir varias veces los ejercicios de colocar y retirar la prótesis, hasta que no queden dudas de que éstos pueden efectuarse sin mayor esfuerzo.

CONTROLES PERIODICOS Y MANTENIMIENTO, DE LA PROTESIS

Es necesario y obligatorio que el paciente - portador de una prótesis removible sea citado periódica - mente para el examen de su salud bucal. Esto hará posi - ble proporcionar o (tal como se hizo al colocar la pró - tesis) al menos sugerir las medidas de protección y man - tenimiento que eliminarán o reducirán molestias, incon - venientes y lesiones en los dientes remanentes y estruc - turas de soporte. Este cuidado preventivo y terapéutico debe efectuarse no menos de dos veces por año y, en los casos especiales, tres o cuatro veces por año.

EXAMEN RADIOGRAFICO:

En cada consulta periódica debe efectuarse - un examen clínico completo y radiografías de aleta mor - dible para la detección de caries y para evaluar el es - tado de la cresta ósea. Cada 2 ó 4 años debe hacerse un examen radiográfico completo, salvo que éste sea neces

rio con mayor frecuencia para fines de diagnóstico específicos.

EXAMEN CLINICO:

MUCOSA RELACIONADA CON LA PROTESIS:

Durante el examen clínico debe prestarse particular atención a la zona del soporte del reborde alveolar. Los signos de irritación o inflamación, o las quejas de hipersensibilidad por parte del paciente, pueden indicar que la base no ajusta bien o que se han desarrollado desarmonias oclusales desde la instalación de la prótesis, probablemente debido a un cambio en los hábitos masticatorios. Es preciso revisar la cresta gingival que está en contacto con el armazón y la base, en busca de posibles cambios de color o contorno. La presencia de enrojecimiento o inflamación puede denotar alguna interferencia o falta de higiene y de estimulación

Si hay evidencias de trauma en la mucosa que soporta los conectores mayores, es necesario verificar la posible -- flexión de la barra palatina o lingual, así como controlar la pérdida de hueso alveolar en los rebordes residuales que permiten el asentamiento de la prótesis. La mucosa bucal debe observarse en busca de signos de mordida -- del carrillo; este es un hallazgo común cuando se ha -- instalado la prótesis por primera vez, pero que no debe persistir, y aun cuando el paciente no se queje, no debe permitirse que los haya como fuente de irritación crónica.

REBASADO:

Cuando una prótesis parcial removible ha sido correctamente diseñada, la necesidad de su rebasado podrá determinarse con presteza si se coloca un dedo índice sobre el retenedor indirecto y con la otra mano se -- aplica presión hacia los tejidos sobre el último diente

artificial de la base de extremo libre. Si el retenedor indirecto se desplaza de su área de soporte, ha habido un cambio en la forma del reborde residual que yace bajo la base; si el movimiento del retenedor indirecto se aproxima o es superior a 1,0 mm, la base debe ser recondicionada. El rebasado eliminará una de las causas relevantes de la irritación del reborde, llevará la prótesis a su correcta oclusión, disminuirá todas las fuerzas de palanca que inclinan los pilares y reorientará el armazón en su relación original con los dientes remanentes y tejidos subyacentes. El rebasado puede efectuarse de manera rápida y económica. Si no se diagnostica la necesidad de este servicio, o si se demora su realización, pueden producirse molestias, disfunciones y hasta un fracaso eventual.

PROFILAXIS:

En cada sesión de control periódico debe efec

tuarse una limpieza o profilaxis. La remoción de depósitos calcificados y la limpieza y pulido de los dientes tienen gran influencia en la promoción de la salud de los tejidos blandos. Existe, asimismo, la oportunidad de detectar y tratar las caries incipientes y la enfermedad periodontal precoz, lo que prevendrá así problemas mayores. En los casos en que el control de las caries es problemático, rinde beneficio emplear una pasta fluorada para profilaxis y aplicar una solución acuosa al 10% de fluoruro estafioso.

CUIDADOS CASEROS:

La visita periódica hace posible evaluar el cuidado casero que el paciente proporciona a su boca y a la prótesis. Si este cuidado resulta deficiente, es preciso mejorar la enseñanza y el entrenamiento del paciente. En algunos casos puede ser de gran ayuda la prescripción de cepillos eléctricos o aparatos de hidro

terapia. Un paciente debe comprender con claridad que - debe ser diligente en la atención diaria de su salud bucal, y debe ser llamado con mayor frecuencia hasta que su desempeño sea satisfactorio.

En cada visita periódica, la prótesis debe - limpiarse (es útil en ese sentido el limpiador ultrasónico) y pulirse, lo que a menudo motiva al paciente y - hace más fácil un mejor cuidado casero.

CUIDADOS DE LA PROTESIS:

Los restos de comida se eliminan mejor si se cepilla la prótesis parcial con un cepillo blando y un jabón abrasivo. Las partes internas de los ganchos pueden limpiarse con un cepillo cónico. Después de esta -- operación, la prótesis debe llevarse a un baño de agua tibia que contenga un agente oxigenador (Efferdent). Es te limpiará eficazmente todas las áreas no cepilladas,

eliminará la mayoría de los pigmentos y cálculos y desodorizará la prótesis. Los depósitos de cálculos residuales pueden eliminarse periódicamente (cada 2 ó 3 semanas) si se remoja la prótesis en vinagre caliente durante 30 minutos como mínimo. Para quitar los pigmentos muy adheridos se coloca la prótesis en una solución -- blanqueadora diluida y caliente durante una hora (1 parte de Chlorox y 5 partes de agua). Debe advertirse al paciente que limpie la prótesis parcial sobre un recipiente revestido con una toalla pequeña y parcialmente lleno de agua, de modo que en caso de que se caiga la prótesis, las posibilidades de distorsión o rotura sean mínimas. Es importante que el paciente establezca este hábito, porque la mayoría de las prótesis, si no todas, se cae durante su limpieza.

CUIDADOS DE LA CAVIDAD BUCAL Y DE LOS DIENTES:

En el momento de colocar la prótesis, se re-

comienda el uso de una pasta pulidora fluorada para la profilaxis bucal. En los casos en que el control de la caries es muy difícil debe aplicarse una solución acuosa de fluoruro estañoso al 10%, y se indica también el uso diario de un dentífrico sobre la base de fluoruro estañoso.

Debe hacerse hincapié en la higiene bucal e indicar la importancia del cepillado correcto de los dientes después de cada comida. Para ello deben explicarse y mostrarse las técnicas especiales adecuadas a cada caso individual. Los cepillos eléctricos o los diferentes aparatos para hidroterapia son de gran utilidad para pacientes imposibilitados o impedidos, para los ancianos u otros pacientes que encuentran dificultoso el uso del cepillo común.

El hilo dental se recomienda para la limpie-

za debajo de los p^onticos de los puentes y bajo las barras ferulizadoras. Para la remoci^on de placas de las caras proximales de los pilares que no pueden limpiarse mediante el cepillado, es muy util el empleo de tiras de gasa de 1,2 cm de ancho. Tambi^en se indica la estimulaci^on gingival entre los pilares ferulizados. Los estimuladores del tipo Stim-U-Dents o de goma proporcionan el masaje adecuado para la conservaci^on del contorno -- gingival normal. Los tejidos palatinos, los rebordes y crestas gingivales, cubiertos por la base prot^etica o por el armaz^on, pueden obtener beneficio y mantenerse saludables mediante el uso de conos de goma o estimuladores en forma de copa. Estas t^ecnicas, asi como los h^abitos cotidianos que demanda el mantenimiento de la salud periodontal, deben emplearse y ser observados rigurosamente. Todos los procedimientos higi^enicos estipulados se han de ensayar, repetir y suministrar al paciente en forma de instrucciones impresas, para que las ---

adopte como referencias hasta que el hábito se establezca con firmeza. Este concepto es de rigor si se pretende un servicio duradero por parte de la prótesis parcial. A menos que el paciente pueda ser motivado hacia un real interés por su salud bucal y actúe en tal sentido, no podrá esperarse un éxito completo en el tratamiento realizado.

PRIMERA CONSULTA DESPUES DE LA INSTALACION DE LA PROTESIS

Se aconseja al paciente que ingiera una dieta blanda y regrese en 24 horas. En esta visita, después de la instalación (24 horas), se examina la zona protética. Toda irritación localizada es originada a menudo por alguna irregularidad presente en la superficie tisular de la prótesis. Para ubicarla, se marca la zona irritada -- con lápiz indeleble y se instala la prótesis. La marca - del lápiz se transferirá al punto exacto en la superfi-- cie de la base. La proyección puede ser eliminada median-- te un instrumento cortante. Es probable que el enrojeci-- miento generalizado de la mucosa que yace bajo la base - se deba a una oclusión defectuosa, sobre todo a una so-- breclusión en relación céntrica. En el caso de una pró-- tesis parcial inferior de clase I o clase II, la irrita-- ción del reborde lingual denota, por lo general, interfe-- rencias en los movimientos de lateralidad, que causan mo

vimientos horizontales de la prótesis. Es preciso localizar y eliminar todas las discrepancias oclusales. El enrojecimiento o la ulceración de la mucosa en la periferia de la base es siempre el resultado de una base sobreeextendida o de una superficie rugosa o angular. Los bordes deben ser acortados, redondeados, abrasionados y después pulidos.

SEGUNDA CONSULTA DESPUES DE LA INSTALACION DE LA PROTESIS Y VISITAS SUBSIGUIENTES.

La segunda consulta debe ser programada 72 - horas después de la instalación de la prótesis, y la tercera, una semana más tarde. En cada oportunidad han de inspeccionarse la zona de soporte y la oclusión. Cuando el paciente está cómodo con la prótesis y su función se considera aceptable, pueden levantarse las restricciones alimenticias.

Un mes después debe hacerse una inspección final por dos razones: primero, porque puede detectarse un proceso destructivo que pase inadvertido para el paciente; segundo, porque permite apreciar la calidad de los cuidados caseros. En esa oportunidad es posible - - efectuar las correcciones necesarias y completar la motivación para una mejor higiene.

EXAMEN BUCAL

Es preciso actualizar periódicamente la historia médica del paciente. El odontólogo debe estar alerta respecto de los pacientes mayores de 50 años, a causa de la posibilidad de enfermedades cardiovasculares, y en lo que concierne a la incidencia de procesos malignos bucales en pacientes de edad mayor.

Si una lesión bucal persiste y no puede ser explicada por alguna causal local, hasta que se pruebe lo contrario, debe considerarse que es un neoplasma o una manifestación de enfermedad sistémica. Las alteraciones neoplásicas deben ser confirmadas o excluidas mediante la biopsia. Las inflamaciones crónicas de los tejidos bucales que no responden a la terapéutica local pueden deberse a diabetes no controladas, discrasias sanguíneas o enfermedades crónicas debilitantes, tal co

mo la tuberculosis. En estas circunstancias, es deber - del dentista insistir para que el paciente visite a su médico para una evaluación de su salud general y la inmediata detección y tratamiento de toda enfermedad sistémica grave que pueda sufrir.

La visita periódica, el examen detenido y esmerado, el cuidado preventivo y terapéutico y la conservación necesaria son algunos de los más importantes servicios que pueden ofrecerse al paciente portador de una prótesis parcial removible.

ESTAS TESIS NO DEBEN SER PRESTADAS SIN EL ASIENTO DE LA BIBLIOTECA

CASUISTICA

La casuística de este trabajo de tesis consta de 10 casos que fueron sacados de la consulta particular.

Se busco que el paciente tuviera un padecimiento parental que fuera adecuado al trabajo de tesis.

Cada caso clinico consta de:

- 1.- Nombre del paciente y datos personales
- 2.- Motivo de la consulta
- 3.- Diagnóstico
- 4.- Pronóstico
- 5.- Tratamiento
- 6.- Citas de control del paciente
- 7.- Complicaciones
- 8.- Indicaciones Post-tratamiento

CASO CLINICO 1

PACIENTE: Agustín Orezco EDAD: 51 años
SEXO: Masculino FECHA: 21 enero 1987
LUGAR: México, D.F.
DIRECCION: Retorno 11 Genaro Garcia Depto. 10 Jardín
Balbuena
MOTIVO DE LA CONSULTA: Molestias de agrandamiento gingi-
val.
DIAGNOSTICO: Gingivitis crónica per ingerir Dilartin 86
dice en paciente epiléptico.
PRONOSTICO: Faverable en su inicio, pero advirtiende -
al paciente que el agrandamiento recurri-
rá per el medicamento.
TRATAMIENTO: Gingivectomia.

1ra. CITA:

En la primera cita se hace historia clínica,
se le hace un semicuretaje, para retirar sa-
rre y placa bacteriana, para que no proveque
una infección pesterior al certar encia.

2da. CITA:

Des días después se realiza la gingivectomia superior e inferior y se coloca cemento quirúrgico durante 5 días.

3ra. CITA:

Se retira el cemento y se le dan las indicaciones.

4ta. CITA:

(Después de un mes) Se checa encia para observar que tan rápido es el crecimiento.

COMPLICACIONES:

Ninguna

INDICACIONES POST-TRATAMIENTO:

Se aconseja al paciente tener mucha higiene ya que por causas de salud, es más propenso al agrandamiento gingival y si no tiene cuidado con su boca; la gingivitis será más aguda en un periodo muy corto. Se -

le recomienda al paciente la técnica de cepillado de Bass y el uso frecuente de enjuagues bucales antisépticos.

CASO CLINICO 2

PACIENTE: Guadalupe Sánchez EDAD: 40 años
SEXO: Femenino FECHA: 30 mayo 1987
LUGAR: Guadalajara, Jalisco
DOMICILIO: San Uriel 1151 Col. Chapalita
MOTIVO DE LA CONSULTA: Mal saber y eler de boca (Alite-
sis)
DIAGNOSTICO: Excesiva cantidad de sarre y placa bacte--
riana.
PRONOSTICO: Faverable
TRATAMIENTO: Profilaxis

1ra. CITA:

Histeria clinica y se realiza la profilaxis
de una arcada, ya que refiere no separtar mu
ché tiempo con la boca abierta.

2da. CITA:

Al día siguiente se termina la profilaxis de
la otra arcada y se le dan las indicaciones
para prevenir la acumulación excesiva de sa-

re e placa bacteriana.

3ra. CITA:

Quince días después se checa la higiene que ha tenido el paciente, se usan las tabletas reveladoras y se le muestra al paciente las zonas donde más se acumula el tartare y se le enseña una técnica de cepillado en caso de que su técnica no sea adecuada para eliminar la placa bacteriana en zonas de mayor retención.

COMPLICACIONES: Ninguna

INDICACIONES POST-TRATAMIENTO:

Cepillarse regularmente los dientes de preferencia 3 veces al día después de los alimentos, no comer entre comidas, hacer enjuagues y hacer uso del hilo dental.

CASO CLINICO 3

PACIENTE: Rebeca Selerzano Edad: 22 años
SEXO: Femenino FECHA: 17 febrero 1987
LUGAR: Guadalajara, Jalisco
DOMICILIO: Alicante 2297 Alcalde
MOTIVO DE LA CONSULTA: Movilidad excesiva en dientes an-
teriores inferiores refiriendo -
píorrea.
DIAGNOSTICO: Periodontitis Inferior localizada.
PRONOSTICO: Favorable
TRATAMIENTO: Curetaje

1ra. CITA:

Historia clínica, se midieron bolsas y se to-
maron radiografías, se realizó el curetaje -
inferior de canino a canino, se colocó cemen-
te quirúrgico.

2da. CITA:

A los 8 días se volvió a hacer el curetaje -
ya que se le había caído el cemento y la en-

cia estaba desprendida y con acumulación de alimentos en el surco, se suturó en espacios interproximales y se colocó el cemento.

3ra. CITA:

8 días después se retiró el cemento y puntos se midieron bolsas y había mejorado notablemente.

4ta. CITA:

Al mes y medio se tomaron radiografías y se vio mayor cantidad de hueso donde antes estaba destruido, la encía encía estaba en condiciones normales.

COMPLICACIONES:

Después del 1er. curetaje se complice porque se le cayo el cemento y por no volver enseguida al consultorio, se irritó más la encía ya que como de todo y

empeoró el caso.

INDICACIONES POST-TRATAMIENTO:

**Se le recomendó mucho al paciente la forma -
de cepillarse los dientes, la frecuencia de la higiene
bucal, se le aconsejó el uso de antisépticos bucales, y
se le enseñó a usar el hilo dental.**

CASO CLINICO 4

PACIENTE: Raúl Ramírez EDAD: 14 años
SEXO: Masculino FECHA: 15 abril 1987
LUGAR: Zapopan Jalisco
DOMICILIO: Morelos 560 Zapopan
MOTIVO DE LA CONSULTA: Le sangran mucho las encias
DIAGNOSTICO: Gingivitis Juvenil
PRONOSTICO: Favorable
TRATAMIENTO: Profilaxis

1ra. CITA:

Histeria clinica, medición de bolsas, profilaxis y se le enseña técnica de cepillado.

2da. CITA:

Se revisó su encia, su forma de cepillado y se le enseñó el uso de las pastillas reveladoras.

COMPLICACIONES: Ninguna

INDICACIONES POST-TRATAMIENTO:

Que no se cepille los dientes como él solía hacerlo, ya que en parte fue la causa de sus encías -- lastimadas, se le enseñó una nueva técnica y se le aconsejó hacerlo después de las comidas.

CASO CLINICO 5

PACIENTE: Enrique Flores EDAD: 30 años
SEXO: Masculino FECHA: 5 enero 1987
LUGAR: Santa Anita, Jalisco
DOMICILIO: Hidalgo 80
MOTIVO DE LA CONSULTA: Agrandamiento gingival excesivo
DIAGNOSTICO: Hiper gingivitis per traumatismo
PRONOSTICO: Favorable
TRATAMIENTO: Reducción de encia con electrocauterio

1ra. CITA:

Histeria clinica, donde se descubrió que el paciente usa demasiado los palillos de dientes y el mismo se lastima, pero siente placer al picarse la encia y este ha desarrollado que se inflame y crezca tanto la encia - Se hizo reducción de encia con electrocauterio.

2da. CITA:

Se revisó a los 5 días y se le enseñó una técnica de cepillado adecuada y se prohibió el -
use del palillo dental.

COMPLICACIONES: Ninguna

INDICACIONES POST-TRATAMIENTO:

Ne usar los palillos dentales, técnica de cepillado y usar enjuagues.

CASO CLINICO 6

PACIENTE: Eleisa Care EDAD: 58 años
SEXO: Femenino FECHA: 6 junio 1987
LUGAR: Tlaquepaque, Jalisco
DOMICILIO: Juárez 623
MOTIVO DE LA CONSULTA: Alitosis per sarre.
DIAGNOSTICO: Gran cantidad de Sarre y Placa per descui-
de bucal.
PRONOSTICO: Favorable en cuanto al tratamiento pero --
desfavorable porque la paciente no acostum
bra cepillarse los dientes, no le gusta.
TRATAMIENTO: Profilaxis

1ra. CITA:

Histeria clinica y Profilaxis.

2da. CITA:

No volví

COMPLICACIONES: Ninguna

INDICACIONES POST-TRATAMIENTO:

Se le recomendó mucho que se lavara los dien-
tes y que hiciera enjuagues frecuentes.

este ocurrió en un lapso de 3 semanas. Se hizo el curetaje profundo raspando muy bien el hueso y tejido para eliminar tejido dañado, se enjuagó varias veces con suero, se suturó en puntos interproximales y se cito a los 5 días.

2da. CITA:

Se retirarán los puntos de sutura y se cheque con zenda el nivel del surco gingival que estuvo en forma normal.

COMPLICACIONES: Ninguna

INDICACIONES POST-TRATAMIENTO:

Que tuviera mucho cuidado con su higiene bucal y no mordiera por ese lado durante 4 días, para que sanara más rápido la encía, se le aconsejó no usar mucho los palillos de dientes, porque con uno de ellos se

encajó más la cascarita de langostino que le causó su -
mal.

CASO CLINICO 8

PACIENTE: Esther Genzález EDAD: 23 años
 SEXO: FEMENINO FECHA: 6 mayo 1987
 LUGAR: Guadalajara, Jalisco
 DIRECCION: Monte de las Animas 1118 Col. Independencia
 MOTIVO DE LA CONSULTA: Limpieza y referia hipersensibili-
 dad
 DIAGNOSTICO: Desgaste de cuellos dentales per mala técni-
 ca de cepillado.
 PRONOSTICO: Faverable.
 TRATAMIENTO: Prefilaxis

1ra. CITA:

Histeria clinica y se le hizo prefilaxis, se
 le enseñé nueva técnica de cepillado ya que
 ella le hacia en forma de violín y con mucha
 fuerza. Lo que ha ido certando los cuellos -
 de los dientes y dando esa sensibilidad, se
 aconsejé el uso de una pasta de dientes des-
 sensibilizadora como de uso diario y si no --

disminuyeran las molestias, se le aconsejó -
tapar los desgastes con resinas.

COMPLICACIONES: Ninguna

INDICACIONES POST-TRATAMIENTO:

Nueva técnica de cepillado, se aconsejó la -
de Bass (barrido cervical a incisal) y el uso de pasta
desensibilizadora (Sensodyne)

CASO CLINICO 2

PACIENTE: Francisco Resas EDAD: 28 años
 SEXO: Masculino FECHA: 24 marzo 1987
 LUGAR: Guadalajara Jalisco
 DOMICILIO: Firmamento 570 JARDINES DEL BOSQUE
 MOTIVO DE LA CONSULTA: Le sangran las encias
 DIAGNOSTICO: Gingivitis por traumatismo y tártaro
 TRATAMIENTO: Semi curetaje.

1ra. CITA:

Histeria clinica donde refiere que se lava -
 les dientes pero sangra mucho las encias.
 Se hace un semicuretaje ya que observaba gran
 cantidad de tártaro en surcos gingivales y --
 las papilas interdientarias muy grandes y re--
 jas que a la pura presión sangraban, se acen--
 sejó no comer comidas picantes e muy condimen--
 tadas para no irritar las encias recién lim--
 piadas con el semicuretaje y se cito a los --

8 días; se le cambió la técnica de cepillado

2da. CITA:

Habia disminuido el volumen de la encía pero presentaba quemaduras; ya que al paciente -- otra persona le dijo que se pusiera alcohol -- en la encía y lo que provocó fue que se lacerara el tejido. Se le prohibió volver a ponerse alcohol y que hiciera enjuagues de agua con sal.

3ra. CITA:

5 días después regresé y su encía estaba mejor, se enseñó el uso del hilo dental y tabletas reveladoras.

COMPLICACIONES:

Laceración de encía por usar alcohol que no se le indicó.

INDICACIONES POST-TRATAMIENTO:

Se le cambió la técnica de cepillado ya que él se lastimó la encía por un cepillado brusco y sin -- técnica, se aconsejan los enjuagues bucales, el uso del hilo dental, tabletas reveladoras; después del semicure taje se aconsejó no comer cosas picosas o muy condimentadas.

y no permite la acumulación de placa a nivel cervical.

2da. CITA:

Se le citó a los 8 días y se observó que mejoró notablemente.

COMPLICACIONES: Ninguna

INDICACIONES POST-TRATAMIENTO:

Precurar no comer entre comidas, cambiar su cepillo de dientes por uno especial para ortodoncia y se aconsejó el uso del Water Pick en caso de tenerlo y el uso de enjuagues bucales.

CONCLUSIONES

Es de vital importancia para el éxito de cualquier tratamiento la cooperación del paciente, siguiendo todos los pasos que le indique el dentista.

Para esto debe haber buena comunicación y motivación Médico-Paciente, para que el paciente este realmente convencido de que es necesario seguir al pie de la letra todas las indicaciones post-operaterias.

Muchas de las causas de problemas periodontales son por ignorancia en cuanto a la técnica de cepillado que deben usar, el uso inadecuado del hilo dental, el abuso de los palillos, en realidad mala información en la en cuanto a la higiene bucal.

Aquí expuse técnicas de cepillado, el uso del hilo dental, enjuagues bucales, como manejar las table-

tas reveladeras, tipo de alimentación post-operatoria,

como contrarrestar el dolor después del tratamiento.

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

- 1.- BENNET C. RICHARD/MONHEIM
Anestesia local y control en la práctica
odontológica.
5ta. Edición
Editorial Mundi, S.A.I.C. Y F.
Pags. 285 - 286

- 2.- BOOTH DONALD F/CLANCY MARIE/DUNN MARTIN J
Farmacología, analgesia, técnicas de es--
terilización y cirugía bucal en la prácti
ca dental.
Editorial "El Manual Moderne"
1980
Pags. 271 - 275

- 3.- BOREL J.C./SCHITTLY J./EXBRAYAT J.
Manual de Prótesis Parcial Removable
Editorial Masson, S.A.
1985
Pags. 147 - 150

- 4.- CASARIN PACHECO ALEJANDRO/PONCE DE LEON -
CASTRO LAURA P.

Fracases prótesicos causas y procedimien-
tes correctivos.

Editorial U.A.G.

1982

Pags. 9 - 16

5.- CINOTTI WILLIAM R/GRIEDER ARTHUR

Prótesis periodental

Volumen uno

Editorial Mundi, S.A.I.C. Y F.

Agosto 1973

Pags. 375 - 376

6.- COHEN AND GOLDMAN

Introduction to periodontics

Fifth edition, 1977

The C.V. Mosby Company

Pags. 538 - 551

7.- COHEN/FOX/GOLDMAN/SCHLUGER

Terapéutica periodental

Editorial bibliográfica Cineba

1962

Pag. 438

- 8.- DYKEMA ROLAND W.
Ejercicio Moderno de la Prótesis Parcial
Removible.
Editorial Mundi, S.A.I.C.Y F.
1977
Pags. 320 - 323 325 - 328
- 9.- EVERETT FRANK G/GRANT DANIEL A/STREN IR-
VING B.
Periodencia de Orbun
Teoria y práctica
4ta. Edición, 1975
Editorial Interamericana
Pags. 344 - 369
- 10.- FORREST JOHN O.
Odontologia Preventiva
2da. Edición, 1983
Editorial Manual Moderno, S.A. DE C.V.
Pags. 43, 47 - 51, 63, 135, 139
- 11.- GLICKMAN IRVING
Periodontologia clinica
4ta. Edición, 1974
Editorial Interamericana
Pags. 966

- 12.- HOAG PHILIP M/PASOLAK ELIZABETH A.
Essentials of Periodontics
1976
The C.V. Mosby Company
Pags. 62, 63, 72, 76, 77, 101 - 115
- 13.- MILLER ERNEST
Prótesis Parcial Removible
Editorial Interamericana
1975
Pags. 242 - 247
- 14.- MORRIS ALVIN L.
Las especialidades odontológicas en la -
práctica general
4ta. Edición, 1980
Editorial Labor, S.A.
Pags. 785 - 788
- 15.- MYERS GEORGE E.
Prótesis de coronas y puentes
Editorial Labor, S.A.
Pags. 283, 284
- 16.- RIES CENTENO GUILLERMO A.
Cirugia bucal

8va. Edición, 1979

Editorial "El Ateneo"

Buenos Aires, Argentina

Pag. 90

17.- WAITE DANIEL E.

Libro de cirugía bucal práctica

Compañía editorial Continental, S.A.

México, 1978

Pags. 35, 36