

879522

2,  
2ej



# INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## IATROGENIAS ODONTOLOGICAS CON REPERCUSION PERIODONTAL

# T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MANUEL ARMANDO ALVAREZ MARTINEZ



CHIHUAHUA, CHIH.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1989



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

Í N D I C E

P Á G.

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PERIODONTO-ENCÍA.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>LIGAMENTO PERIODONTAL.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>CEMENTO.....</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>HUESO ALVEOLAR.....</b>	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>IA TROGENÍA ODONTOLÓGICA.....</b>	<b>39</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>76</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>77</b>

## I N T R O D U C C I Ó N .

LA MODERNA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA TIENE COMO FINALIDAD MANTENER EN ESTADO DE SALUD AL SISTEMA MASTICATORIO DURANTE - TODA LA VIDA DEL INDIVIDUO; SIENDO ÉSTA DE NATURALEZA FUNDAMENTALMENTE MECÁNICA, REQUIERE ADEMÁS DE CONOCIMIENTOS, CIERTA HABILIDAD Y DESTREZA; PERO NO BASTA, SI SE DESEA UN MÁXIMO DE RENDIMIENTO. EL OPERADOR DEBE ESTAR FAMILIARIZADO CON EL CONCEPTO BIOLÓGICO DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE DENTARIO, PA RA EVITAR ASÍ LA POSIBILIDAD DE FRACASOS.

LA PARODONCIA HA CONTRIBUIDO EN GRADO SUMO A LA PRESERVA CIÓN DE LAS ESTRUCTURAS ORALES Y AL MANTENIMIENTO DE LAS PIEZAS DENTARIAS DENTRO DE UN ESTADO DE SALUD BIOLÓGICA, POSIBILITANDO DE ÉSTA MANERA LA REALIZACIÓN DE RESTAURACIONES CO--- RRECTAS.

ES INDUDABLE QUE UNA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA DE ESCASACALIDAD, YA SEA POR UN PLAN DE TRATAMIENTO INADECUADO, COMO--- POR UNA EJECUCIÓN INCORRECTA. HA SIDO FRECUENTEMENTE LA CAU SA DETERMINANTE DE AFECCIONES PERIODONTALES.

RESTAURACIONES CON CONTORNOS INCORRECTOS, BORDES MARGINA LES DESADAPTADOS, Y PUNTOS DE CONTACTO INADECUADOS, SON FACTO

RES QUE INTERFIEREN EN EL FISIOLÓGICO DE LA PAPILA INTERDENTARIA Y SON FACTORES LOCALES QUE COMUNMENTE PRODUCEN ENFERMEDAD PARODONTAL Y IATROGENIA.

## CAPÍTULO I

### PERIODONTO-ENCÍA.

PERIODONTO: SE LE DENOMINA PERIODONTO A LA UNIDAD FUNCIONAL DE TODOS AQUELLOS TEJIDOS QUE SOSTIENEN AL DIENTE. AL DIENTE Y EL PERIODONTO JUNTOS SE LE DENOMINA UNIDAD DENTOPERIODONTAL.

ÉSTOS TEJIDOS ESTÁN FORMADOS POR: LA ENCÍA, LA UNIÓN DENTOGINGIVAL, EL LIGAMENTO PERIODONTAL, EL CEMENTO Y EL PROCESO ALVEOLAR, TODOS ELLOS TIENEN UNA INTERRELACIÓN BIOLÓGICA. LA ARMONÍA QUE EXISTE EN LAS DIFERENTES PARTES DEL PERIODONTO SE MANTIENEN EN CONDICIONES NORMALES, INCLUSO A PESAR DE LOS CONSTANTES CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES EN LA VIDA.

ENCÍA: LA ENCÍA O LA MUCOSA MASTICATORIA QUE CUBRE EL APARATO DE FIJACIÓN, SE CLASIFICA EN: ENCÍA LIBRE, ENCÍA ADHERIDA Y ENCÍA ALVEOLAR.

LA ENCÍA LIBRE CORRESPONDE A LOS TEJIDOS COMPRENDIDOS ENTRE EL BORDE GINGIVAL Y LA BASE DEL SURCO GINGIVAL.

LA ENCÍA ADHERIDA SE EXTIENDE DESDE LA BASE DEL SURCO HASTA LA UNIÓN MUCOGINGIVAL.

LA MUCOSA ALVEOLAR, QUE CORRESPONDE A UNA MUCOSA DE REVES-  
TIMIENTO, OCUPA UNA POSICIÓN APICAL EN RELACIÓN CON LA UNIÓN -  
MUCOGINGIVAL Y SE CONTINÚA CON LA MUCOSA DE LAS MEJILLAS, LA--  
BIOS Y PISO DE LA CAVIDAD BUCAL.

EL COLOR DE LA ENCÍA LIBRE, SUELE SER ROSA CLARO O CORAL-  
Y EL ESPESOR OSCILA ENTRE 0.5 Y 2 mm.

EN EL ARCO INTERDENTAL, TOMA EL NOMBRE DE PAPILA GINGIVAL.

#### UNIÓN DENTOGINGIVAL.

ES IMPORTANTE EL PODER COMPRENDER LA INSERCIÓN QUE EXISTE  
ENTRE LA ENCÍA Y EL DIENTE. PARA ESTO DEBEMOS SABER APRECIAR  
LA RELACIÓN EXISTENTE EN EL CAMBIO DE POSICIÓN DE LA ENCÍA CON  
RESPECTO DEL DIENTE.

EN UN DIENTE LA SUPERFICIE DEL ESMALTE UNA VEZ QUE YA CON-  
CLUYÓ SU FORMACIÓN Y CALCIFICACIÓN, DICHA SUPERFICIE SE CUBRE-  
POR EPITELIO REDUCIDO DEL ESMALTE.

ÉSTE EPITELIO SE HALLA UNIDO ORGÁNICAMENTE A LA SUPERFI--  
CIE ADAMANTINA.

AL IR ERUPCIONANDO UN DIENTE, EL EPITELIO REDUCIDO DEL ES-  
MALTE SE PONE EN CONTACTO CON EL EPITELIO DE LA MUCOSA BUCAL.  
AL SUCEDER ESTO, LOS DOS TEJIDOS EPITELIALES SE UNEN.

CUANDO UNA PUNTA DE ESMALTE ERUPCIONA POR ENCIMA DE LA MU  
COSA, EL EPITELIO REDUCIDO DEL ESMALTE SE UNE A CASI TODO EL -  
ESMALTE, PERO AL SEGUIR ERUPCIONANDO EL EPITELIO SE SEPARA DE-  
LA SUPERFICIE DEL ESMALTE Y SE EXPONE CADA VEZ MÁS LA CORONA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ENCÍA NORMAL.

LA MUCOSA BUCAL ESTÁ FORMADA POR TRES ZONAS:

- LA ENCÍA Y MUCOSA QUE CUBRE EL PALADAR DURO (MUCOSA MASTICA-  
TORIA).
- DORSO DE LA LENGUA (MUCOSA ESPECIALIZADA).
- EL RESTO DE LA MUCOSA ORAL.

LA ENCÍA: ES LA PARTE DE LA MUCOSA ORAL QUE CUBRE LOS PRO  
CESOS ALVEOLARES DE LOS MAXILARES Y RODEA LOS CUELLOS DE LOS -  
DIENTES.

EN CONDICIONES NORMALES LA ENCÍA ES:

- DE COLOR ROSADO CORAL.
- FIRME.
- RESISTENTE.
- SE UNE CON FIRMEZA AL HUESO ALVEOLAR SUBYACENTE, ADEMÁS PRE-  
SENTA UN MARGEN LIBRE QUE RODEA LOS CUELLOS DE LOS DIENTES ---



COMO UN COLLAR, SE EXTIENDE EN FORMA INTERPROXIMAL PARA CULMINAR EN UN FINO BORDE REDONDEADO POR DEBAJO DEL PUNTO DE CONTACTO.

LA MUCOSA DE REVESTIMIENTO ANEXA A LA ENCÍA SE LLAMA MUCOSA ALVEOLAR.

EN LA CARA PALATINA, LA ENCÍA SE CONTINÚA CON LA MUCOSA-PALATINA DE UNA FORMA CASI IMPERCEPTIBLE.

#### CARACTERÍSTICAS DE SUPERFICIE.

##### ENCÍA MARGINAL O NO ADHERIDA.

SE TRATA DEL MARGEN LIBRE DE LA ENCÍA QUE RODEA A LOS --DIENTES.

LA ENCÍA MARGINAL SE SEPARA DE LA ENCÍA ADHERIDA POR UNA SUAVE DEPRESIÓN LINEAL.

TIENE POR LO GENERAL 1 mm. DE ANCHO QUE INTEGRA LA PARED BLANDA DEL SURCO GINGIVAL. ÉSTA PARED PUEDE SER SEPARADA DE LA SUPERFICIE DENTAL POR UNA SONDA IOMA.

CONSTA DE UN NÚCLEO CENTRAL DE TEJIDO CONECTIVO Y CUBIERTO POR EL EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO.

LA ENCÍA MARGINAL POR UN LADO CUBRE EL SURCO GINGIVAL Y-

POR EL OTRO SE CONTINÚA CON EL EPITELIO DE LA ENCÍA ADHERIDA.

ENCÍA ADHERIDA.

ÉSTA SE EXTIENDE DESDE LA ENCÍA MARGINAL HASTA LA MUCOSA ALVEOLAR.

ESTÁ FUERTEMENTE UNIDA AL CEMENTO Y HUESO ALVEOLAR SUBYACENTES, ES FIRME Y RESISTENTE, SE LE PUEDE DIVIDIR EN:

- ENCÍA CEMENTARIA (UNIDA AL CEMENTO).
- ENCÍA ALVEOLAR (UNIDA AL HUESO ALVEOLAR).

SE FORMA DE UN EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO Y UN EXTREMO CONECTIVO SUBYACENTE.

LA ESTRUCTURA FIBROSA DE LA SUBMUCOSA DA A LA ENCÍA ADHERIDA SU INMOVILIDAD.

PAPILA INTERDENTARIA.

ES AQUELLA PORCIÓN DE LA ENCÍA QUE OCUPA EL ESPACIO INTERPROXIMAL SOLO CUANDO LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES CONTIGUOS ESTÁN EN CONTACTO, LA PAPILA INTERDENTARIA LLENA EL ESPACIO ENTRE ELLOS Y TERMINA JUSTO ABAJO DEL PUNTO DE CONTACTO.

CUANDO HAY AUSENCIA DE CONTACTO PROXIMAL, LA ENCÍA SE --  
UNE FIRMEMENTE AL HUESO ALVEOLAR Y FORMA UNA SUPERFICIE REDON  
DEADA.

POR LO GENERAL EL EXTREMO Y LOS BORDES LATERALES DE LA -  
PAPILA INTERDENTAL, SE FORMAN POR LA CONTINUACIÓN DE ENCÍA --  
MARGINAL A PARTIR DE LA SUPERFICIE LABIAL Y LINGUAL DE DIEN--  
TES ADYACENTES, EL RESTO DE LA PAPILA INTERDENTAL ES ENCÍA --  
ADHERIDA.

## CAPÍTULO II

### LIGAMENTO PERIODONTAL.

ES UNA ESTRUCTURA CONECTIVA QUE RODEA A LA RAIZ DENTAL--  
UNIENDOLA AL HUESO. SE UNE CON TEJIDO CONECTIVO DE LA ENCÍA  
Y TIENE COMUNICACIÓN CON LOS ESPACIOS MEDULARES A TRAVÉS DE -  
LOS CANALES VASCULARES DEL HUESO.

EL ANCHO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL VARÍA DEPENDIENDO DE:

- A) LA SITUACIÓN EN RELACIÓN CON EL DIENTE.
- B) LA EDAD DEL INDIVIDUO.
- C) EL GRADO DE FUNCIÓN A QUE EL DIENTE ESTÁ SUJETO.

SU ESPESOR VARÍA ENTRE 0.01 mm. Y 0.35 mm., ESTANDO LO -  
MÁS FRECUENTEMENTE ENTRE 0.10 mm. Y 0.25 mm. EL LIGAMENTO -  
O MEMBRANA PERIODONTAL, GENERALMENTE PRESENTA UN CONTORNO DE-  
RELOJ DE ARENA, CON EL DIÁMETRO MÁS ANGOSTO EN LA PORCIÓN API  
CAL DEL TERCIO MEDIO DE LA RAÍZ.

LA MEMBRANA PERIODONTAL ES MÁS ANGOSTA DEL LADO MESIAL -  
QUE DEL LADO DISTAL.

ÉSTA DISCREPANCIA DEPENDE DE LA MIGRACIÓN FISIOLÓGICA HA

CIA MESIAL.

EXISTEN DIFERENTES ELEMENTOS CELULARES EN LA MEMBRANA PERIODONTAL Y CONSISTEN EN:

FIBROBLASTOS.

CEMENTOBLASTOS.

OSTEOBLASTOS.

OSTEOCLASTOS.

MACROFAGOS.

SE ENCUENTRA TAMBIÉN EN DICHA MEMBRANA PERIODONTAL, RESTOS DE EPITELIO DENOMINADOS RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ. ÉSTE EPITELIO SE ORIGINA DE LA VAINA DE HERTWING, LA CUAL SE DESINTEGRA CUANDO EL CEMENTO EMPIEZA A DEPOSITARSE EN LA SUPERFICIE DE LA DENTINA.

LOS RESTOS EPITELIALES, CUANDO SON OBSERVADOS EN CORTES TRANSVERSALES, SE VEN COMO RESTOS AISLADOS Y EN CORTES LONGITUDINALES COMO UN ENREJADO. ÉSTAS ESTRUCTURAS DE EPITELIO PUEDEN AUMENTAR EN REACCIONES INFLAMATORIAS, DANDO LUGAR A FORMACIÓN DE QUISTES.

#### FUNCIÓN DE LA MEMBRANA PERIODONTAL.

DICHAS FUNCIONES SON:

- FÍSICA.

- FORMATIVA.
- NUTRITIVA Y SENSORIAL.

A) FUNCIÓN FÍSICA:

EXISTEN CINCO ASPECTOS EN LA FUNCIÓN FÍSICA DE LA MEMBRANA PERIODONTAL.

- TRANSMISIÓN DE LAS FUERZAS MASTICATORIAS AL HUESO.
- UNIÓN DEL DIENTE AL HUESO.
- MANTENIMIENTO DE LOS TEJIDOS GINGIVALES EN SU CORRECTA RELACIÓN CON LOS DIENTES.
- DISMINUCIÓN DEL IMPACTO DE LAS FUERZAS EXTERNAS O ABSORCIÓN DE LOS GOLPES.
- PROTECCIÓN DE LOS VASOS Y NERVIOS CON TEJIDOS BLANDOS PARA EVITAR QUE SEAN LASTIMADOS POR LAS FUERZAS MECÁNICAS.

DENTRO DE ÉSTOS FACTORES, LA TRANSMISIÓN DE FUERZAS MASTICATORIAS AL HUESO NECESITA EXPLICACIÓN.

ES NECESARIO CONSIDERAR TRES FACTORES:

- LOS HACES FIBROSOS.
- LA MEMBRANA PERIODONTAL ES UNA ESTRUCTURA SEMIFLUIDA.
- FORMA DE LA RAÍZ DEL DIENTE.

CUANDO UNA FUERZA DE CARACTER AXIAL ACTÚA SOBRE EL DIENTE, EXISTE LA TENDENCIA A UN MOVIMIENTO DE LA RAÍZ SOBRE EL-  
ALVÉOLO. LAS FIBRAS OBLICUAS, PARTEN DESDE SU ESTADO DE NO  
TENSIÓN (ONDULADO) HASTA SU MAYOR LONGITUD POTENCIAL.

ÉSTE GRUPO DE FIBRAS, SOPORTA PRINCIPALMENTE LA MAYOR -  
PARTE DE LA FUERZA MASTICATORIA AXIAL. LA EFICIENCIA DEL -  
LIGAMENTO PERIODONTAL COMO APARATO DE SUSPENSIÓN REQUIERE DE  
DOS CONDICIONES.

- EL NÚMERO DE HACES FIBROSAS POR UNIDAD DE SUPERFICIE.
- SUPERFICIE RADICULAR DISPONIBLE PARA LA INSERCIÓN DE FI---  
BRAS.

BOYLE DICE QUE LAS FUERZAS DE OCLUSIÓN SE TRANSMITEN --  
PRIMERO COMO PRESIÓN HIDRAÚLICA AL HUESO ALVEOLAR, ANTES DE-  
QUE LAS FIBRAS PERIODONTALES ENTREN EN FUNCIÓN. ÉSTA PRE--  
SIÓN HIDRAÚLICA ES CREADA EN LA PORCIÓN CORONARIA DE LA MEM-  
BRANA PERIODONTAL, DONDE SE ENCUENTRAN RELATIVAMENTE POCAS -  
ZONAS DE COMUNICACIÓN ENTRE LA MEMBRANA PERIODONTAL Y LOS ES  
PACIOS MEDULARES.

CUANDO A UN DIENTE SE LE APLICA UNA FUERZA LATERAL, ÉS-  
TE ROTA ALREDEDOR DE UN EJE CON LA PORCIÓN APICAL, DESPLAZÁN  
DOSE EN DIRECCION OPUESTA A LA PORCIÓN CORONARIA.

POR LO QUE ENTONCES ALGUNOS HACES DE FIBRAS, SE ENCUEN-  
TRAN EN TENSIÓN Y OTROS COMPRIMIDOS. PARA LOS DIENTES MUL-

TIRRADICULARES EL EJE DE ROTACIÓN SE HA SITUADO EN DIVERSOS-PUNTOS, DESDE EL ÁPICE HASTA LA MITAD CORONARIA DE LA RAÍZ--CLÍNICA, PERO SE HA LLEGADO A CONCORDAR QUE ÉSTE EJE DE ROTACIÓN QUEDE SITUADO EN UN PUNTO LIGERAMENTE APICAL A LA MITAD DE LA RAÍZ.

LA DISCREPANCIA EN ESPESOR DE LA MEMBRANA PERIODONTAL,- EN DIFERENTES CORTES DE UN MISMO DIENTE ESTÁ EN RELACIÓN CON LA LOCALIZACIÓN DEL EJE DE ROTACIÓN.

EN ÉSTA ZONA, LA MEMBRANA PERIODONTAL ES RELATIVAMENTE DELGADA.

LA EXISTENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL Y LA PÉRDIDA DE HUESO ALVEOLAR, CUANDO SE PRESENTA ENFERMEDAD PERIODONTAL DESTRUCTIVA CRÓNICA, PROVOCAN CONDICIONES ADVERSAS PARA LA FUNCIÓN DE SOPORTE DE FUERZAS QUE TIENE LA MEMBRANA PERIODONTAL. LA RECESIÓN REDUCE EL ÁREA TOTAL APROVECHABLE PARA LA INCERSIÓN DE FIBRAS PERIODONTALES A LA RAÍZ, LO QUE PROVOCA UN AUMENTO DE TRABAJO DE LAS FIBRAS REMANENTES, TAMBIÉN LA PÉRDIDA DE HUESO ALVEOLAR DISMINUYE LA SUPERFICIE RADICULAR ÚTIL, CON UN AUMENTO RELATIVO DE LAS FUERZAS QUE OBRAN SOBRE EL HUESO ALVEOLAR REMANENTE.

#### FUNCIÓN FORMATIVA.

LAS CÉLULAS QUE SE DERIVAN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL ---  
COMO:



OSTEOBLASTOS Y CEMENTOBLASTOS: TIENEN COMO FUNCIÓN LA FORMACIÓN DE HUESO Y CEMENTO RESPECTIVAMENTE. DE ÉSTA MANERA, LA MEMBRANA PERIODONTAL FUNCIONA COMO PERIOSTIO DE DOS TEJIDOS CALCIFICADOS. TAMBIÉN SE ORIGINAN DE LA MEMBRANA PERIODONTAL LAS CÉLULAS ENCARGADAS DE LA ABSORCIÓN DEL HUESO Y CEMENTO (OSTEOBLASTOS Y CEMENTOBLASTOS) RESPECTIVAMENTE.

LA CAPACIDAD DE LA MEMBRANA PERIODONTAL PARA LOGRAR LA FORMACIÓN Y REABSORCIÓN DE LAS ESTRUCTURAS CALCIFICADAS ES ESENCIAL PARA LA ADAPTACIÓN DEL PERIODONTO O PERIODONTIUM EN LOS ESFUERZOS FUNCIONALES; ASÍ COMO TAMBIÉN EN LA REPARACIÓN DE LESIONES.

#### MEMBRANA PERIODONTAL.

##### FUNCIONES NUTRITIVA Y SENSORIAL.

LA FUNCIÓN NUTRITIVA DE LA MEMBRANA PERIODONTAL COMPRENDE EL APORTE DE SUSTANCIAS NUTRITIVAS Y REMOCIÓN DE PRODUCTOS DE DESHECHO DE LOS OTROS TEJIDOS DEL PERIODONTIUM POR MEDIO DE LOS VASOS SANGUÍNEOS Y LINFOCITOS. LA INERVACIÓN DE LA MEMBRANA PERIODONTAL PROVEE UN FINO SENTIDO PROPIOCEPTIVO QUE LOCALIZA A LOS ESTÍMULOS DEL EXTERIOR EN LOS DIENTES INDIVIDUALES.

##### ORGANIZACIÓN.

LA DISTRIBUCIÓN DE LAS PRINCIPALES FIBRAS DE LA MEMBRANA PERIODONTAL, FUE ORIGINALMENTE DESCRITA POR BLACK. ÉSTA

CLASIFICACIÓN MÁS TARDE FUE MODIFICADA POR ESKI Y ES LA SIGUIENTE:

A) FIBRAS TRANSEPTALES: ÉSTAS FIBRAS SE EXTIENDEN INTERPROXIMALMENTE EN LA CRESTA ALVEOLAR Y SE INCERTAN EN EL CEMENTO DE LOS DIENTES VECINOS.

CASI SIEMPRE HAY LA PRESENCIA DE LAS FIBRAS TRANSEPTALES, NO OBSTANTE EN CASOS DE DESTRUCCIÓN DEL HUESO ALVEOLAR.

B) FIBRAS ALVEOLARES.

-GRUPO DE LA CRESTA ALVEOLAR:

ÉSTE GRUPO SE EXTIENDE EN FORMA OBLICUA DESDE EL CEMENTO INMEDIATAMENTE POR DEBAJO DE LA ADHERENCIA EPITELIAL, HASTA LA CRESTA ALVEOLAR. SU FUNCIÓN ES LA DE CONTRABALANCEAR EL EMPUJE CORONARIO DE LAS FIBRAS MÁS APICALES Y ASÍ AYUDAR A MANTENER AL DIENTE DENTRO DEL ALVÉOLO. SE HA VISTO TAMBIÉN QUE ÉSTE GRUPO DE FIBRAS RESISTE LOS MOVIMIENTOS LATERALES DEL DIENTE.

GRUPO HORIZONTAL.

ÉSTE GRUPO SE EXTIENDE DESDE EL CEMENTO EN DIRECCIÓN CORONARIA OBLICUAMENTE HACIA EL HUESO. ÉSTE ES EL MÁS NUMERO

SO GRUPO DE FIBRAS Y SOPORTA EL EMPUJE DE LAS FUERZAS MASTICATORIAS VERTICALES, CAMBIANDOLAS EN TENSION SOBRE EL HUESO ALVEOLAR.

#### GRUPO APICAL.

ÉSTE GRUPO SE DISPONE EN FORMA RADICAL DEL CEMENTO DENTAL AL HUESO EN EL FONDO DEL ALVÉOLO. ÉSTAS FIBRAS NO SE PRESENTAN CUANDO LAS RAÍCES ESTÁN INCOMPLETAMENTE FORMADAS.

#### INERVACIÓN E IRRIGACIÓN.

##### A).- INERVACIÓN.

LA MEMBRANA PARODONTAL ESTÁ DOTADA DE GRAN CANTIDAD DE FIBRAS NERVIOSAS SENSORIALES Y QUE SON CAPACES DE TRANSMITIR SENSACIONES DE TACTO Y PRESIÓN PROFUNDA POR MEDIO DEL NERVIPO TRIGÉMINO. EN LA MEMBRANA PERIODONTAL LOS HACES NERVIOSOS PENETRAN PROVENIENTES DE LA ZONA PERIAPICAL DE LOS CANALES QUE COMUNICAN CON EL HUESO ALVEOLAR Y LA ENCÍA. ÉSTAS FIBRAS NERVIOSAS CONTINÚAN EL CURSO DE LOS VASOS SANGUÍNEOS Y SE DIVIDEN EN FIBRAS MIELÍNICAS SIMPLES; POR ÚLTIMO PIERDEN SU VAINA DE MIELINA Y ACABAN EN TERMINACIONES NERVIOSAS LIBRES.

LA ADAPTACIÓN DE LA MEMBRANA PERIODONTAL EN SU INERVACIÓN PRINCIPALMENTE A LA TRANSMISIÓN DE SENSACIONES PROPIO--

CEPTIVAS, LO CUAL DA UN SENTIDO DE LOCALIZACIÓN CUANDO UN --  
DIENTE ES TOCADO.

B) IRRIGACIÓN.

APORTE VASCULAR.

LA MEMBRANA PERIODONTAL TIENE UNA IRRIGACIÓN QUE DERIVA  
DE 3 ORÍGENES:

A) VASOS APICALES.

B) VASOS PROVENIENTES DEL PROCESO ÓSEO ALVEOLAR.

C) VASOS GINGIVALES ANASTOMOSADOS.

LA MEMBRANA PERIODONTAL ES ATRAVEZADA POR LOS VASOS API  
CALES DESDE EL ÁPICE HASTA LA ENCÍA, CREANDO FRECUENTES RA--  
MAS LATERALES HACIA EL CEMENTO Y HUESO, LA IRRIGACIÓN VENOSA  
ACOMPaña A LA ARTERIAL. A NIVEL DEL HUESO ALVEOLAR LA ARTE  
RIA INTERALVEOLAR EMITE PEQUEÑOS VASOS QUE SON LAS ARTERIAS--  
PERFORANTES, QUE LLEGAN A LA MEMBRANA PERIODONTAL PASANDO A--  
TRAVÉS DE LOS CANALES DEL HUESO ALVEOLAR.

LA ARTERIA INTERALVEOLAR SALE DE LA CRESTA DEL HUESO AL  
VEOLAR COMO CAPILARES GINGIVALES PERFORANTES Y CUYAS ANZAS--  
TERMINALES CULMINAN CASI EN EL EPITELIO LLEGANDO A LA PAPILA  
CONECTIVA. EN LA ENCÍA EL APORTE VASCULAR TIENE ORIGEN EN--  
LOS VASOS PROFUNDOS DE LA LÁMINA PROPIA.

LINFOCITOS.

SU FUNCIÓN PRINCIPALMENTE ES LA DE SUPLEMENTAR EL SISTEMA NERVIOSO DE DRENAJE. LOS LINFOCITOS QUE SE ENCUENTRAN DEBAJO DE LA ADHERENCIA EPITELIAL PASAN A LA MEMBRANA PERIODONTAL Y SIGUEN A LOS VASOS SANGUÍNEOS HASTA LA REGIÓN PERIAPICAL. A PARTIR DE AQUI ATRAVIEZAN EL HUESO ALVEOLAR HACIA EL CONDUCTO DENTAL INFERIOR DE LA MANDÍBULA O EL INFRAORBITARIO EN EL MAXILAR SUPERIOR TERMINANDO EN EL GRUPO SUBMAXILAR DE NÓDULOS LINFÁTICOS. EL DRENAJE LINFÁTICO DE LA ENCÍA PASA DE LA PAPILA CONECTIVA AL PERIOSTIO DE LA SUPERFICIE CORTICAL DEL HUESO ALVEOLAR Y DE AHÍ POR DIFERENTES COLECTORES A LOS NÓDULOS LINFÁTICOS ESPECIALMENTE AL GRUPO SUBMAXILAR.

### CAPÍTULO III

## C E M E N T O

#### GENERALIDADES:

EL CEMENTO ES UN TEJIDO DEL DIENTE DE TIPO MESENQUIMATOSO O SEA PROVENIENTE DEL MESODERMO. EL MESODERMO QUE ES UNA ESTRUCTURA FORMADA POR TEJIDOS EMBRIONARIOS Y DE LOS CUALES A SU VEZ SE DERIVAN VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS.

ÉSTE TIPO ESTÁ CALCIFICADO E INTEGRA LA PARTE EXTERNA DE LA RAÍZ ANATÓMICA.

TANTO SU ESTRUCTURA COMO SU DISTRIBUCIÓN EN LA RAÍZ PUEDEN SUFRIR VARIACIONES, A DIFERENCIA DEL ESMALTE O LA DENTINA.

EL CEMENTO ESTÁ COMPUESTO AL IGUAL QUE EL HUESO, EL ESMALTE Y LA DENTINA DE MATERIAL INORGÁNICO. ÉSTE CONTENIDO ORGÁNICO DEL CEMENTO SE ENCUENTRA EN UN 40% A DIFERENCIA DEL ESMALTE QUE ES DE 96% Y LA DENTINA 69.3%.

LAS CÉLULAS DEL CEMENTO, LLAMADAS CEMENTOCITOS SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS ESPACIOS LLAMADOS CEMENTOPLASTOS Y SE COMUNICAN UNAS CON OTRAS POR MEDIO DE UN SISTEMA DE CANALES ANASTO

### MOSADOS (CANALÍCULOS).

EL CEMENTO QUE SE HALLA EN LA UNIÓN AMELOCEMENTARIA Y --  
PORCIONES CERCANAS TIENE IMPORTANCIA CLÍNICA EN LOS PROCEDI--  
MIENTOS DE RASPAJE DE LA RAÍZ. PUEDEN EXISTIR 3 TIPOS DE --  
UNIÓN ESMALTE-CEMENTO Y SON SEGÚN NOYES Y SCHOUI.

EL CEMENTO CUBRE LIGERAMENTE AL ESMALTE EN EL 60 A 65%--  
DE LOS CASOS.

ALREDEDOR DEL 30% DE LOS CASOS AMBOS TEJIDOS TERMINAN --  
PUNTA CON PUNTA. EN UN 5% NO LLEGAN A TOCARSE ÉSTOS TEJIDOS.

CUANDO LOS TEJIDOS NO LLEGAN A TOCARSE, LA EXPOSICIÓN DE  
LA SUPERFICIE DEL DIENTE DEBIDA A RECESIÓN GINGIVAL PUEDE IR-  
ACOMPAÑADA DE UNA GRAN SENSIBILIDAD ORIGINADA POR LA DENTINA-  
AL DESCUBIERTO. PUEDE LLEGAR A SUCEDER A VECES QUE POR EN--  
FERMEDAD PERIODONTAL, EL CEMENTO QUE TIENE RELACIÓN CON EL ES  
MALTE SE DESINTEGRA. CUANDO ESTO SUCEDE ASÍ, EL ESMALTE FOR-  
MA UN BORDE SALIENTE QUE CUANDO SE REALIZA EL LEGRADO (RASPA-  
JE) DE LA RAÍZ PUEDE LLEGAR A CONFUNDIRSE CON TÁRTARO.

EL ESPESOR QUE PRESENTA EL CEMENTO A LO LARGO DE LA MI--  
TAD DE LA RAÍZ O RAÍCES ES DE 16 A 60 MICRONES (APROXIMADAMEN-  
TE EL GROSOR DE UN CABELLO).

SU MAYOR ESPESOR LO PRESENTA A NIVEL DEL TERCIO APICAL O  
EN BIFURCACIONES DONDE HAN SIDO DESCRITOS ESPESORES DE 150 a-

200 MICRONES.

### CEMENTÍCULOS.

LOS CEMENTÍCULOS SON MASAS GLOBULARES DE CEMENTO Y ESTÁN INTEGRADOS POR LAMINILLAS CONECTIVAS, PUDIENDO HALLARSE LIBRES EN LA MEMBRANA PERIODONTAL O UNIDAS A LA RAÍZ DEL DIENTE.

LAS DIMENSIONES DE LOS CEMENTÍCULOS LIBRES, EN RARAS OCA SIONES EXCEDEN LOS 0.1 mm. ALGUNAS VERSIONES DICEN QUE LOS- CEMENTÍCULOS PUEDEN ORIGINARSE DE RESTOS EPITELIALES CALCIFI- CACIÓN DE LA MEMBRANA PERIODONTAL DE PEQUEÑAS ESPÍCULAS DE CE- MENTO O HUESO ALVEOLAR DISPLAZADOS TRAUMATICAMENTE, TAMBIÉN-- DE ALGUNOS HACES DE SHARPEY O DE VASOS TROMBOSADOS CALCIFICA- DOS DENTRO DE LA MEMBRANA PERIODONTAL.

### CEMENTOMA.

SON AQUELLAS MASAS DE CEMENTO QUE SE ENCUENTRAN DENTRO - DE LOS MAXILARES EN PORCIÓN APICAL A LOS DIENTES Y PUEDEN ES- TAR O NO UNIDAS A ÉSTOS.

A ÉSTAS LESIONES, TAMBIÉN SE LES LLAMA NEOPLASMAS ODONTO- GÉNICOS O MALFORMACIONES DE DESARROLLO. EL CEMENTOMA SE DA- MÁΣ FRECUENTEMENTE EN LA MUJER QUE EN EL HOMBRE.

SU LOCALIZACIÓN ES MÁΣ FRECUENTE EN EL MAXILAR INFERIOR-



QUE EN EL SUPERIOR.

POR LO COMÚN EL CEMENTOMA SE DESCUBRE POR EXAMEN RADIOGRÁFICO AUNQUE A VECES PUEDEN PRODUCIR UNA DEFORMACIÓN DEL CONTORNO MAXILAR.

LA ESTRUCTURA MICROSCÓPICA DEL CEMENTOMA VARÍA DE ACUERDO A LAS PROPORCIONES DE CEMENTO Y TEJIDO CONECTIVO.

AQUI EL CEMENTO PUEDE ESTAR DISPUESTO EN FORMA DE CEMENTÓCITOS UNIDOS O DE UNA RED IRREGULAR DE TRABÍCULAS SEPARADAS POR TEJIDO CONECTIVO FIBROSO.

POR LO GENERAL EL BORDE DEL CEMENTO PUEDE ESTAR FORMADO POR UNA CAPA DE CEMENTOIDE RECIENTE, CALCIFICADO EN FORMA INCOMPLETA Y EN RELACIÓN CON UNA CAPA DE CEMENTOBLASTOS.

LOS CEMENTOMAS PUEDEN ENCONTRARSE UNIDOS A LA RAÍZ DE UN DIENTE O AISLADOS EN EL MAXILAR. ÉSTAS LESIONES CASI SIEMPRE ESTÁN RODEADAS POR UNA CÁPSULA DE TEJIDO CONECTIVO.

RADIOGRÁFICAMENTE EL CEMENTO VARÍA DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE CEMENTO CALCIFICADO Y TEJIDO CONECTIVO FIBROSO QUE CONTIENGA.

SI ÉSTE ESTÁ COMPUESTO PRINCIPALMENTE POR CEMENTO APARECE COMO UNA MASA RADIOOPACA DENSA, CIRCUNSCRIPTA CON MARCAS RADIOLÚCIDAS Y AISLADAS.

HIPERCEMENTOSIS.

SE DENOMINA A LA HIPERCEMENTOSIS COMO EL ENGROSAMIENTO -- MARCADO DEL CEMENTO RADICULAR. TAMBIÉN PUEDE SER LLAMADO COMO HIPERPLASIA DEL CEMENTO.

TANTO LA DENTADURA COMPLETA COMO UN SOLO DIENTE PUEDE VER SE AFECTADO POR LA HIPERCEMENTOSIS Y ENGROSAMIENTO FISIOLÓGICO DEL CEMENTO, DEBIDO A LAS GRANDES VARIACIONES FISIOLÓGICAS DEL GROSOR DEL CEMENTO, TANTO EN LOS DIFERENTES DIENTES DE UN MISMO INDIVIDUO, COMO EN LOS DIENTES DE DIFERENTES INDIVIDUOS.

EXISTEN DOS TIPOS DIFERENTES DE HIPERCEMENTOSIS:

HAY UN AUMENTO DEL GROSOR DEL CEMENTO, DEBIDO A UN AUMENTO DE LAMINILLAS Y PRODUCE UNA DEFORMACIÓN DE LA RAÍZ, POR LO COMÚN SE LOCALIZA EN EL TERCIO APICAL. A VECES LA PORCIÓN HIPERCUMENTOSICA ADQUIERE UN ASPECTO NODULAR, LA CUAL CAUSA PROBLEMAS PARA LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE.

HAY HIPERCEMENTOSIS LOCALIZADA O SEA SE PRODUCEN UNOS CRECIMIENTOS EN EL CEMENTO DENOMINADOS ESPINAS CEMENTARIAS.

LA HIPERCEMENTOSIS ESTÁ SUJETA A DIFERENTES CONDICIONES:

LA HIPERCEMENTOSIS DE TIPO ESPINOSO SE DA EN DIENTES SUJETOS A FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS.

LA HIPERCEMENTOSIS DE TIPO LAMINAR, POR LO REGULAR SE DA-

EN PIEZAS SIN ANTAGONISTA, DONDE POR EL MOVIMIENTO ERUPTIVO - CONTINUO DEL DIENTE, LA MEMBRANA PERIODONTAL TIENE QUE HACER UN ESFUERZO COMPENSATORIO DE CRECIMIENTO.

LA HIPERCEMENTOSIS IRREGULAR PUEDE ESTAR RELACIONADA CON LA IRRITACIÓN PERIAPICAL LEVE ORIGINADA POR UNA ENFERMEDAD -- PULPAR.

#### REABSORCIÓN CEMENTARIA.

YA SEA EN DIENTES ERUPCIONADOS O NO, EL CEMENTO ESTÁ SUJETO A REABSORCIONES, ÉSTAS PUEDEN SER TANTO MICROSCÓPICAS COMO MACROSCÓPICAS Y VISIBLES RADIOGRÁFICAMENTE MOSTRANDO EL -- CONTORNO RADICULAR NORMAL.

LA REABSORCIÓN DEL CEMENTO SE PUEDE DEBER A CAUSAS LOCALES O SISTEMÁTICAS CON ETIOLOGÍA DESCONOCIDA.

COMO CAUSAS LOCALES SE ENCUENTRAN:

- EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.
- EL MOVIMIENTO ORTODÓNTICO (IATROGENIA).
- DIENTES SIN ANTAGONISTAS FUNCIONALES.
- DIENTES INCLUIDOS.
- DIENTES REIMPLANTADOS O TRANSPLANTADOS.
- ENFERMEDAD PERIODONTAL O PERIAPICAL.

COMO CAUSAS SISTEMÁTICAS SE ENCUENTRAN:

- INFECCIONES COMO TUBERCULOSIS O NEUMONÍA.
- DEFICIENCIA DE CALCIO, VITAMINA D O VITAMINA A.
- HIPERTIROIDISMO.
- OSTEOCLISTROFIA FIBROSA HEREDITARIA.
- ENFERMEDAD DE

FRACTURA DEL CEMENTO.

SI ALGÚN DIENTE O DIENTES LLEGAN A SUFRIR UNA FUERZA EXTERNA SEVERA COMO UN GOLPE, O SI LLEGA A MORDER UN OBJETO DURO, TANTO LA RAÍZ COMO EL CEMENTO SON SUSCEPTIBLES DE FRACTURA.

EN LAS FRACTURAS RADICULARES COMO:

- COMPLETAS
- HORIZONTALES.
- OBLICUAS.

ÉSTAS POR LO GENERAL SON SEGUIDAS DE REPARACIÓN CON DEPOSICIÓN DE TEJIDOS CALCIFICADOS Y FORMACIÓN DE NUEVAS FIBRAS - PERIODONTALES.

PARA QUE ÉSTA REPARACIÓN ANTE UNA FRACTURA SE LLEVE A CABO INTERVIENEN VARIOS FACTORES COMO:

- LA EXPOSICIÓN DE LA PIEZA FRACTURADA DE UN MEDIO SÉPTI

CO CON LA CONSIGUIENTE INFECCIÓN INTERFIERE CON LA REPARACIÓN

- LA DEPOSICIÓN DE TEJIDOS CALCIFICADOS ES MENOR EN RELACIÓN A UNA FRACTURA MÁS CERCANA A LA CAVIDAD ORAL.

DENTRO DE LA CAVIDAD DE REPARACIÓN DE LAS FRACTURAS RADICULARES COMPLETA, HORIZONTALES Y OBLICUAS SE VE INFLUIDA POR LA DISTANCIA ENTRE LOS EXTREMOS RADICULARES FRACTURADOS Y LA CAPACIDAD DE REPARACIÓN INDIVIDUAL.

EL TRAUMATISMO DENTAL PUEDE LLEGAR A OCASIONAR DESPRENDIMIENTO DE UN FRAGMENTO DE CEMENTO DE LA SUPERFICIE RADICULAR, A ÉSTE FENÓMENO SE LE DENOMINA DESPERIODONTAL O FRAGMENTO PARCIALMENTE UNIDO A LA RAÍZ.

ÉSTOS FRAGMENTOS DE CEMENTO DESPLAZADOS EN LA MEMBRANA PERIODONTAL ESTÁN SUJETOS A DIVERSOS CAMBIOS, PUDIENDO DEPOSITARSE NUEVO CEMENTO EN LA PERIFERIA E INCLUIRSE EN ÉL FIBRAS-PERIODONTALES, DE TAL MANERA QUE SE PONE EN RELACIÓN FUNCIONAL AL DIENTE CON EL HUESO ALVEOLAR.

EN CIERTOS CASOS, LOS FRAGMENTOS DE CEMENTO DESPRENDIDOS VUELVEN A UNIRSE A LA RAÍZ CON UNA NUEVA FORMACIÓN DE CEMENTO.

O TAMBIÉN SE HAN LLEGADO A VER FRAGMENTOS DE CEMENTO REABSORBIDOS PARCIALMENTE CON DEPOSICIÓN DE CEMENTO E INCLUSO DE FIBRAS COLÁGENAS.

FORMACIÓN DE CEMENTO.

EL CEMENTO SE FORMA POR UNA MATRIZ CALCIFICADA QUE SE DEPOSITA EN CAPAS SUCEATIVAS EN LA PORCIÓN RADICULAR, INTEGRANDO ESTRATOS SEMEJANTES AL HUESO QUE SE DENOMINAN LAMINILLAS DEL CEMENTO. EN ÉSTA MATRIZ SE ENCUENTRAN ENGLOBALADOS DOS TIPOS DE CEMENTOS:

CEMENTOBLASTOS.

ÉSTOS SON CUERPOS CELULARES QUE SE ENCUENTRAN ENCERRADOS EN PEQUEÑAS EXCAVACIONES Y SUS TERMINACIONES SE ANASTOMOSAN ENTRE SI FORMANDO UN RETICULO.

LAS FIBRAS PERFORANTES SON FIBRAS QUE PENETRAN EN EL CEMENTO, ÉSTAS FIBRAS SE ORIGINAN EN EL HUESO ALVEOLAR Y SE LLAMAN FIBRAS DE SHARPEY, DESPUES CONTINÚAN EN EL PERIODONTO CON LA DENOMINACIÓN DE FIBRAS PRINCIPALES, PARA TERMINAR EN LAS PERFORANTES. EXISTE OTRO TIPO DE FORMACIÓN DE CEMENTO, CUANDO HAY ZONAS DE TENSIÓN CREADA POR APARATOS ORTODÚNCICOS DONDE HAY DEPOSICIÓN DE CEMENTO.

SE ACREDITA A LAS INFLUENCIAS FUNCIONALES LA PRESENCIA DE ESPINAS DE CEMENTO O EXCEMENTOSIS Y QUE SE PROYECTAN DE LA SUPERFICIE RADICULAR, SIGUIENDO LA DIRECCIÓN DE FIBRAS PRINCIPALES DE LA MEMBRANA PERIODONTAL.

ÉSTA DEPOSICIÓN CEMENTARIA, PUEDE SER EL RESULTADO DE LA UNIÓN DE CEMENTICULOS EN LA SUPERFICIE RADICULAR O DE LA CALIFICACIÓN DE FIBRAS PERIODONTALES EN SU INSERCIÓN CEMENTARIA.

FUNCIÓN DEL CEMENTO.

LA FUNCIÓN DEL CEMENTO ES PRINCIPALMENTE LA DE PROPORCIONAR UNA MATRIZ O PROTECCIÓN SÓLIDA A LA DENTINA RADICULAR.

ADEMÁS CONTRIBUYE A LA IMPLANTACIÓN DE FIBRAS DE LA MEMBRANA PERIODONTAL EN TODA SU EXTENSIÓN.

CUANDO EXISTEN ZONAS DE TENSIÓN POR APARATOS DE ORTODONCIA, SE PRESENTA LA DEPOSICIÓN DE CEMENTO. LA ANATOMÍA RADICULAR PUEDE LLEGAR A CAMBIAR, YA QUE PUEDEN APARECER ESPINAS DE CEMENTO O EXCEMENTOSIS, ESTO DEBIDO A QUE HABIENDO FUERZAS FUNCIONALES EXTERNAS PROVOCAN UN CAMBIO EN LA FISIOLÓGIA CEMENTARIA Y DEL PERIODONTO EN GENERAL.

## CAPÍTULO IV

### HUESO ALVEOLAR.

EL HUESO ALVEOLAR ES LA PARTE DEL MAXILAR Y DE LA MANDÍBULA QUE RODEA INTIMAMENTE LA RAIZ DE CADA DIENTE Y SU FUNCIÓN PRINCIPAL ES LA DE SERVIR DE SOSTÉN O ESTABILIZAR AL DIENTE.

#### DESARROLLO.

SE SOSTIENE GENERALMENTE QUE EL HUESO ALVEOLAR SE DESARROLLA CON LOS DIENTES, Y QUE POR LO TANTO, EN LA FALTA CONGÉNITA DE ÉSTOS NO SE DESARROLLA EL HUESO ALVEOLAR Y SE REDUCE CONSIDERABLEMENTE LA DIMENSIÓN VERTICAL DEL MAXILAR Y DE LA MANDÍBULA.

TODOS LOS HUESOS DEL ESQUELETO ESTÁN FORMADOS POR UNA ESTRUCTURA ESPONJOSA O CANCELOSA RODEADA POR UNA CAPA COMPACTA O CORTICAL. EL HUESO ALVEOLAR ESTÁ FORMADO DE MANERA SEMEJANTE, POR HUESO ESPONJOSO RODEADO DE LAMINAS PERIFÉRICAS, COMPACTAS (LA CAPA COMPACTA INTERNA RECIBE TAMBIEN EL NOMBRE DE LAMINA PERIODONTAL, PUES RODEA LA RAIZ DEL DIENTE). UNA IMPORTANTE DIFERENCIA FUNCIONAL, ES QUE EL HUESO ALVEOLAR SIR



VE DIRECTAMENTE DE SOSTÉN A OTRO ÓRGANO: EL DIENTE.

LA CAPA INTERNA DE HUESO COMPACTO, SE FORMA DENTRO DEL HUESO MAXILAR AL QUEDAR TERMINADA LA FORMA PERIFÉRICA DE LA CORONA DE UN DIENTE, LO CUAL OCURRE ANTES DE QUE SE HALLA INICIADO LA EMIGRACIÓN VERTICAL Y DE QUE SE HALLA DESARROLLADO EL HUESO ALVEOLAR. EN LA ESTRUCTURA ESPONJOSA SE DESARROLLA UNA CAPA COMPACTA DE HUESO, LA CUAL CIRCUNDA INTIMAMENTE LOS RESTOS DEL FOLÍCULO DE LA CORONA EN DESARROLLO Y TOMA UN CONTORNO IDÉNTICO AL CONTORNO PERIFÉRICO DE LA CORONA DEL DIENTE. ÉSTA CAPA COMPACTA VA CAMBIANDO SU CONTORNO DE ACUERDO CON LA FORMA DEL DIENTE AL COMENZAR A FORMARSE SU RAÍZ. EN CONSECUENCIA LA CAPA INTERNA DE HUESO COMPACTO DE LA FUTURA APÓFISIS ALVEOLAR, COMIENZA A DESARROLLARSE MUY PRONTO, ANTES DE QUE TERMINA LA CALCIFICACIÓN DEL ESMALTE. SU FORMA CONTINÚA CAMBIANDO PARA ADAPTARSE A LA RAÍZ EN FORMACIÓN Y TAMBIÉN CONTINÚA CAMBIANDO SU POSICIÓN PARA ADAPTARSE A LA POSICIÓN DEL DIENTE DURANTE SU ERUPCIÓN. ÉSTE PROCESO DE DESARROLLO OCURRE CON EL DIENTE TEMPORAL, AL IGUAL QUE CON EL PERMANENTE, LOS DIENTES PERMANENTES ANTERIORES Y LOS PREMOLARES QUE SE DESARROLLAN LINGUALMENTE CON RESPECTO A SUS PREDICADORES TEMPORALES, TIENEN TAMBIÉN ÉSTOS ALVÉOLOS INDIVIDUALES PRIMITIVOS FORMADOS POR UNA CAPA COMPACTA DE HUESO QUE SIGUE MUY DE CERCA LA MORFOLOGÍA GENERAL DE LA CORONA DEL DIENTE.

EL DIENTE EN DESARROLLO O EN ERUPCIÓN, NO CONTRIBUYE A AUMENTAR LA DIMENSIÓN VERTICAL DEL CUERPO DEL HUESO DEL MAXILAR, COMO PUEDE OBSERVARSE INVARIABLEMENTE EN LA CLÍNICA O POR MEDIO DE RADIOGRAFÍAS EN LAS REGIONES DE FALTA CONGÉNITA DE DIENTES, EN EL HUESO MAXILAR HA CRECIDO HASTA ALCANZAR LAS MISMAS DIMENSIONES VERTICALES QUE EN LAS REGIONES EN QUE LOS DIENTES HAN HECHO ERUPCIÓN CLÍNICA.

EN LA ÉPOCA DE LA ERUPCIÓN CLÍNICA DE LOS DIENTES TEMPORALES EL CUERPO DEL HUESO MAXILAR NO HA ALCANZADO SU DIMENSIÓN VERTICAL COMPLETA. POR LO MISMO, HABRÁ NUEVO CRECIMIENTO DE HUESO EN LA CRESTA, PERO ES PARTE DEL CRECIMIENTO POTENCIAL DEL CUERPO DEL HUESO MAXILAR Y NO LO INDUCE LA PRESENCIA DE LOS DIENTES.

LA HISTOGÉNESIS DE LA APÓFISIS ALVEOLAR ES LA FORMACIÓN DE UNA CAPA COMPACTA DE HUESO EN EL CUERPO DEL HUESO MAXILAR, QUE MÁS TARDE CIRCUNDA LAS CORONAS EN DESARROLLO DE LOS DIENTES, DESPUÉS DE LA FORMACIÓN DE LA MATRIZ DE ESMALTE, SALVO EL CASO DE LA DENTADURA TEMPORAL.

LA CAPA COMPACTA DE HUESO NO SE MUESTRA POR ENCIMA DE LAS CARAS INCISALES DE LOS INCISIVOS TEMPORALES, DEBIDO A QUE LA DIMENSIÓN VERTICAL DEL CUERPO DEL HUESO MAXILAR NO HA CRECIDO TODAVÍA SUFICIENTEMENTE. POR LO TANTO, LA CRESTA DE LA CAPA COMPACTA TERMINA CON LA CRESTA DEL HUESO MAXILAR EN REGIONES -

VARIABLES DE LAS CARAS PERIFÉRICAS DE LOS DIENTES. EN CONSECUENCIA, LOS INCISIVOS TEMPORALES NO PASAN A TRAVÉS DEL HUESO, SINO ÚNICAMENTE A TRAVÉS DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y EL EPITELIAL, AL HACER ERUPCIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL.

## CAPÍTULO V.

### IATROGENIA ODONTOLÓGICA.

LA IATROGENIA ODONTOLÓGICA PUEDE PRESENTARSE CUANDO EXISTAN DIFERENTES PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN LA TERAPÉUTICA DENTAL QUE DE ALGUNA FORMA AFECTEN AL PARODONTO.

EN TODO EL MUNDO HA SIDO ACEPTADO EL HECHO DE QUE PARA QUE EXISTA UNA DENTICIÓN NATURAL QUE FUNCIONE ÓPTIMAMENTE, SUS TEJIDOS DE SOPORTE DEBERÁN ENCONTRARSE EN BUEN ESTADO DE SALUD.

ES POR LO TANTO MENESTER DE TODO DENTISTA EL PODER IDENTIFICAR Y ELIMINAR EL MAYOR NÚMERO DE FACTORES PATOLÓGICOS QUE EXISTAN ANTES DE REALIZAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO O MEDIDA TERAPÉUTICA, CUALESQUIERA FORMA EN QUE SE REALICE YA SEA OPERATORIA, EXODÓNTICA, PROSTODÓNTICA O ENDODÓNTICA.

YA QUE SI DE ALGUNA FORMA UNA ENFERMEDAD BUCAL NO FUESE DESCUBIERTA ANTES DE REALIZAR EL TRATAMIENTO DENTAL, ÉSTA ENTONCES PUEDE LLEGAR A AGRAVARSE CON LA MISMA MEDIDA TERAPÉUTICA.

EN OCASIONES SE HA VISTO, QUE HASTA LA ETIOLOGÍA DE LA -

MISMA ENFERMEDAD PARODONTAL PUEDE SER DE NATURALEZA IATROGÉNICA.

ES POR ESTO QUE ES IMPORTANTE EL DESCUBRIR E ILUSTRAR -- LAS LESIONES QUE SON EL PRODUCTO DE UNA TERAPÉUTICA DESCUIDADA O NO INDICADA; Y POR AQUELLOS DENTISTAS QUE INICIAN O AGRAVAN UNA LESIÓN PARODONTAL YA EXISTENTE.

#### 1.-FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LOS TRASTORNOS DEL PARODONTO.

UNO DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES RELACIONADOS CON LA ETIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA DENTAL, ES LA PLACA DENTAL MICROBIANA; PUDIENDO SER DICHA PATOLOGÍA TANTO CARIES COMO ENFERMEDAD PARODONTAL.

EXISTE UNA ESTRECHA RELACIÓN CODESTRUCTIVA ENTRE LA TENSIÓN ANORMAL, LA PLACA Y LAS ALTERACIONES PARODONTALES. HAY OTROS FACTORES APARTE DE LA TENSIÓN OCLUSAL QUE AUMENTAN EL PODER DESTRUCTIVO DE LA PLACA MICROBIANA Y QUE PUEDEN ESTAR RELACIONADOS ENTRE SÍ, ES IMPORTANTE EN LA REHABILITACIÓN BUCAL EL PODER REESTRUCTURAR FUNCIONALMENTE A LA CAVIDAD BUCAL COMO TODA UNA UNIDAD, YA QUE NO OBSTANTE EL ESFUERZO DE DENTISTAS POR RECONSTRUIR UNA PARTE; SI NO SE OBTIENEN CONDICIONES DE FUNCIÓN TOTAL, EL TRABAJO NO TENDRÁ OBJETO.

UNO DE LOS PRINCIPALES FACTORES QUE CONTRIBUYEN A DESE--

QUILIBRAR LA ARMONÍA OCLUSAL SON EL MOVIMIENTO DE LOS DIENTES QUE SON EL PRODUCTO DE LA NO RESTAURACIÓN O REEMPLAZO DE DIENTES ESTRATÉGICOS, RESTAURACIONES MAL HECHAS, ASÍ COMO PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y LA COLOCACION DE PRÓTESIS DEFECTUOSAS, YA SEAN FIJAS O REMOVIBLES.

A) LA NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO PARODONTAL PRELIMINAR.

ES DE SUMA IMPORTANCIA EL PODER TRATAR LAS CONDICIONES - PATOLÓGICAS EXISTENTES EN LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE Y PODER CONTAR CON UN MEDIO AMBIENTE SANO.

EL LLEVAR A UN ESTADO DE SALUD AL PARODONTO, ES UNA NECESIDAD ANTES DE CUALQUIER TERAPÉUTICA DENTAL.

ÉSTE TRATAMIENTO DEBE INCLUIR LA ELIMINACIÓN DE IRRITANTES GINGIVALES, LA CORRECCIÓN DE LAS CONDICIONES GINGIVALES, - MORFOLÓGICAS Y PATOLÓGICAS, LA CORRECCIÓN DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES FUNCIONALES; ASÍ COMO LA CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES ÓSEAS DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE.

EL RESTAURAR LA SALUD DEL PARODONTO DEBE IR ACOMPAÑADO - DE LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE EN SU EDUCACIÓN CON RESPECTO - A LOS SISTEMAS PARA LA HIGIENE BUCAL. SI NO EXISTE AYUDA -- INICIAL POR PARTE DEL PACIENTE, SERÁ DIFÍCIL CUALQUIER INTENTO POR EL DENTISTA DE REHABILITAR LA DENTICIÓN Y SERÁ DE POCA UTILIDAD, YA QUE NO IMPORTANDO LO BIEN HECHAS QUE ESTÉN LAS -

RESTAURACIONES, TENDRÁN UN CORTO PERÍODO DE VIDA CON UNA CONSECUENTE PÉRDIDA DE DIENTES.

D.- EL NO REEMPLAZO DE DIENTES ESTRATÉGICOS.

LA ENFERMEDAD PARODONTAL Y LA CARIES SON ENFERMEDADES --  
COMPLEMENTARIAS.

LA CARIES DENTAL CONTRIBUYE A LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL, AL HABER DESTRUCCIÓN DE CONTACTOS PROXIMALES ALTERACIÓN DE SUPERFICIES LISAS, HABIENDO ENTONCES RETENCIÓN- DE ALIMENTOS Y FORMANDO PLACA MICROBIANA. ESTO ENTONCES PROVOCA EL MOVIMIENTO Y DESPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES Y COMO CONSECUENCIA LA PROXIMIDAD RADICULAR, EL COLAPSO DE LA MORDIDA - MODIFICANDO LA MASTICACIÓN NATURAL Y LA HIGIENE, CAUSANDO PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES E INTRODUCIENDO FACTORES IATROGÉNICOS QUE ALTERAN FORMA Y FUNCIÓN. LA EXISTENCIA DE ENFERMEDAD PARODONTAL PROMUEVE LA PERSISTENCIA DE LA CARIES AUMENTANDO LA PLACA MICROBIANA Y POR CONSECUENCIA, EL CULTIVO DE BACTERIAS QUE CAMBIAN LA SENSIBILIDAD RADICULAR. TODO ESTO ALTERA LOS HÁBITOS DE MASTICACIÓN Y LIMPIEZA NATURALES. EL -- DAÑO MÁS GRAVE DE ÉSTOS FACTORES ES LA PÉRDIDA DE DIENTES ESTRATÉGICOS.

LA EXISTENCIA DE ALTERACIONES MORFOLÓGICAS Y FUNCIONALES EN LA OCLUSIÓN SE EVITA REEMPLAZANDO LOS DIENTES FALTANTES LO

MÁS PRONTO POSIBLE PARA MANTENER LA INTEGRIDAD DE LA ARCADA.

DE NO SER ASÍ, ENTONCES SE PRESENTARÁN CAMBIOS QUE ALTE-  
RARÁN EL SISTEMA MASTICATORIO COMO LA EXTRUSIÓN DE DIENTES -  
EN ZONAS DESDENTADAS OPUESTAS. DICHA EXTRUSIÓN SE DARÁ JUN-  
TO CON SU ALVÉOLO, TEJIDOS DE SOPORTE Y POR ÚLTIMO DEL SENO-  
MAXILAR. AL MISMO TIEMPO TAMBIÉN SE DA EL DESPLAZAMIENTO -  
DE LOS CONTACTOS INTERPROXIMALES Y LA MIGRACIÓN DE LOS DIEN-  
TES ADYACENTES HACIA MESIAL, ALTERANDO LA ARMONÍA; POR CONSE-  
CUENCIA, NO PODRÁ HABER SALUD BUCAL CUANDO HAYA CAMBIOS EN -  
LA POSICIÓN DE LOS DIENTES, PORQUE ESTO CAUSA CAMBIOS EN LAS  
CORONAS DE LOS DIENTES Y EN LA OCLUSIÓN.

ÉSTOS CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DE LOS DIEN--  
TES ACARREAN MODIFICACIONES SOBRE LAS PAPILAS Y NICHOS QUE -  
FAVORECEN LA ACUMULACIÓN DE ALIMENTO Y SON LOS PRECURSORES -  
DE DEFECTOS ÓSEOS LA PÉRDIDA DE LA INTEGRIDAD DE LA ARCADA -  
PROVOCA ULTERIORMENTE EL COLAPSO DE LA MORDIDA. SE SABE --  
QUE HASTA UN 95% DE PACIENTES CON REQUERIMIENTOS DE UNA TERA-  
PÉUTICA COMPLICADA PARODONTAL Y PROTÉTICA PRESENTAN COLAPSO-  
DE LA MORDIDA POSTERIORMENTE. POR LO GENERAL, LOS PROBLE--  
MAS EMPIEZAN CON LA EXTRACCIÓN DE PIEZAS POSTERIORES, TALES-  
COMO EL PRIMER MOLAR PERMANENTE SIN SU REEMPLAZO.

ESTO OCASIONA EL DESPLAZAMIENTO MESIAL POSTERIOR DE LAS  
PIEZAS ADYACENTES. POR LO TANTO, EL PUNTO QUE ESTABILIZA -



LOS DIENTES POSTERIORES SE PIERDE Y APARECE ENTONCES UNA CARGA OCLUSAL EXCEDENTE SOBRE LOS DIENTES ANTERIORES, DESAPARECIENDO LA PROTECCIÓN NATURAL DE LOS DIENTES POSTERIORES.

2.-CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DE LA RESTAURACIÓN Y LA SALUD PARODONTAL.

UNA RESTAURACIÓN DEBE SER CONSIDERADA DESDE VARIOS PUNTOS DE VISTA COMO:

CONTORNO.

ANATOMÍA OCLUSAL.

MÁRGENES.

CONTACTOS FACIALES Y LINGUALES.

ESTÉTICA.

FUNCIÓN.

ESTO AUNADO A QUE EL DIENTE FORMA PARTE DE UNA FUNCIÓN-ARMONIOSA DE TODA LA DENTICIÓN.

CUANDO SE RESTAURE UN DIENTE O DIENTES NO AFECTADOS POR RECESIÓN, SUS CONTORNOS DEBERÁN SER DE LA ANATOMÍA ORIGINAL DE LOS MISMOS EVITANDO CURVATURAS EXCESIVAS O DESAJUSTES MEDIANTE EL TERMINADO INTERPROXIMAL ADECUADO. EL CONTACTO INTERPROXIMAL NO DEBE SER EXCESIVO, QUE PROVOQUE IRRITACIÓN Y PRESIÓN SOBRE TEJIDOS GINGIVALES, YA QUE ESTO CONDUCE A SU DESTRUCCIÓN PORQUE ÉSTAS ZONAS SON CON FRECUENCIA DE DIFÍ

CIL ACCESO PARA SU LIMPIEZA EN EL PACIENTE.

ESTO CONTRIBUYE A FORMAR UNA LESIÓN PARODONTAL CRÓNICA SE GUIDA DE INFLAMACIÓN; ADEMÁS LA PLACA MICROBIANA SE INSTAURA Y PERMANECE SOBRE LA RESTAURACIÓN.

LA PLACA MICROBIANA QUE SE ESTABLECE SOBRE EL MARGEN GINGIVAL LIBRE ES LA PRINCIPAL PRECURSORA TANTO DE LA CARIES COMO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL. DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO LA RETENCIÓN DE PLACA ES MAYOR EN LAS ZONAS QUE SON MÁS INACCESIBLES A LA HIGIENE BUCAL; COMO LA ZONA CERVICAL, FACIAL Y LINGUAL DE LOS DIENTES.

PARA PODER MANTENERLAS LIBRES DE PLACA BACTERIANA ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DE LA CORONA CLÍNICA Y EL GRADO DE ACCESO.

TAMBIÉN ES DE IMPORTANCIA QUE TODAS LAS RESTAURACIONES - MANTENGAN UNA MORFOLOGÍA EXTERNA CORRECTA MÁS AÚN CUANDO SE - HAGAN RESTAURACIONES TOTALES.

LAS CORONAS TOTALES O LAS RESTAURACIONES TOTALES SON LAS QUE MÁS EXIGEN LA HABILIDAD DEL ODONTÓLOGO PARA DEVOLVER LA-- ANATOMÍA ORIGINAL. LA RESTAURACIÓN POR MEDIO DE CORONAS PUE DE SER LLEVADA A CABO CON O SIN LA COMPLICACIÓN DE LA RECE--- SIÓN GINGIVAL Y LA PÉRDIDA DEL HUESO DE SOPORTE, PORQUE LAS -

CORONAS QUE PRESENTAN RECESIÓN NO CAUSAN COMUNMENTE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA RESTAURACIÓN Y A SU VEZ HAY UNA ESTRECHALIGA AL ACCESO PARA EL CONTROL DE LA PLACA.

ÉSTAS CARACTERÍSTICAS SE OBSERVARÁN DESDE EL PUNTO DE -- VISTA MORFOLÓGICA OCLUSAL, RELACIONES DE CONTACTO PROXIMAL Y- CONTORNOS FACIAL Y LINGUAL.

A) CONTORNOS DE RESTAURACIONES DE CORONA TOTAL EN BIEN-- TES NO AFECTADOS POR RECESIÓN.

B) ANATOMÍA.

CUANDO EXISTE UN DESGASTE OCLUSAL COMO RESULTADO DEL ENSANCHAMIENTO DE LA PORCIÓN OCLUSAL, ES POR ESO QUE ACTUALMENTE SE PREFIERE REDUCIR LA ANCHURA BUCO-LINGUAL DE LOS DIENTES AL RESTAURARLOS. LA IMPORTANCIA QUE TIENE ÉSTE CONSISTE EN- QUE SE TRANSMITE MENOS TENSIÓN OCLUSAL AXIAL AL PARODONTO DURANTE LA MASTICACIÓN CON MESAS OCLUSALES ANGOSTAS QUE CON ANCHAS.

POR OTRA PARTE, SE HA VISTO QUE MIENTRAS MÁS ESTRECHAS -- SON LAS MESAS OCLUSALES HABRÁ MAYOR CONTROL POR EL DENTISTA - AL PROCURAR DEVOLVER UNA OCLUSIÓN FUNCIONAL LIBRE DE INTERFERENCIAS.

ADEMÁS, LA OCLUSIÓN DEBE LIBERARSE DE LAS FUERZAS ANORMA

LES EN LAS EXCURSIONES LATERALES DE LA MANDÍBULA, SIENDO FUNCIONALES O PARAFUNCIONALES. DEBIDO A FUNCIONES DE PROTECCIÓN LAS RELACIONES SOBRE MORDIDAS VERTICALES Y HORIZONTALES DE CANINOS DEBERÁ SER CUANDO SEA POSIBLE, DE FORMA TAL QUE -- EXISTA DESOCCLUSIÓN DE LOS DIENTES POSTERIORES EN LAS EXCURSIONES LATERALES.

LA DESOCCLUSIÓN SE DA CON MAYOR FACILIDAD CUANDO LA ANCHURA DE LA MESA OCLUSAL SE ENCUENTRA EN LOS LÍMITES NORMALES.

CUANTO MÁ S ANCHA SEA LA MESA OCLUSAL, MAYOR ES LA FRECUENCIA DE INTERFERENCIAS EN ARCADA CRUZADA Y EN DIENTES CRUZADOS DE BALANCE DURANTE LOS MOVIMIENTOS DE EXCURSIÓN LATERALES DE LA MANDIBULA. UN ASPECTO NO DESEABLE ES LA TENSIÓN PROVOCAD A POR ÉSTOS CONTACTOS, ESPECIALMENTE CUANDO LAS FUERZAS NO SE PROYECTAN EN SENTIDO AXIAL.

EL ANCHO BUCOLINGUAL QUE DEBE TENER LA MESA OCLUSAL NO DEBERÁ EXCEDER LA QUE FUÉ NORMAL PARA LA DENTICIÓN ANTES DEL DESGASTE O DESTRUCCIÓN.

CUANDO SE COLOQUEN PÓNTICOS, ÉSTOS NO DEBERÁN TENER MENSAS OCLUSALES MÁ S ANGOSTAS EN SENTIDO BUCOLINGUAL LOS DIENTES PILARES.

C) RELACIONES DE CONTACTO PROXIMALES.

LAS RELACIONES DE CONTACTOS PROXIMALES SON DE IMPORTAN--

CIA TOMARLAS EN CUENTA, YA QUE SI SE PRESENTARA UN MANEJO INADECUADO, ESTO PROVOCARÍA PONER EN PELIGRO LOS TEJIDOS BLANDOS INTERPROXIMALES QUE SON MÁS VULNERABLES A LA DESTRUCCIÓN PARODONTAL.

DICHOS CONTACTOS PROXIMALES SON LOS QUE DETERMINAN LAS RELACIONES DE LOS BORDES MARGINALES, EL NICHU OCLUSAL Y LA FORMA DEL NICHU LINGUAL Y BUCAL; QUE A SU VEZ AFECTAN Y TIENEN UNA INTERRELACIÓN IMPORTANTE CON LOS TEJIDOS INTERDENTALES.

CUANDO SE PRESENTA LA INCLINACIÓN DE LOS DIENTES, ESTO PROVOCA DISCREPANCIAS ENTRE LOS BORDES MARGINALES. SI ESTO ES ASÍ, SE PRESENTARÁN LOS BORDES MARGINALES DE ALTURA DESIGUAL POR EL CONTORNO INADECUADO, FAVORECERÍA LA ACUMULACIÓN DE ALIMENTOS; CONSTITUYENDO ASÍ LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS INTERDENTARIOS Y POSTERIORMENTE LA PÉRDIDA DE HUESO INTERPROXIMAL.

LAS ÁREAS DE CONTACTO PROXIMALES, ES IMPORTANTE RELACIONARLAS LO MÁS PARECIDO A LO NORMAL; UN ERROR MUY COMÚN ES HACER LAS ZONAS DE CONTACTO DEMASIADO ANCHAS EN SENTIDO VESTIBULOLINGUAL U OCLUSOCERVICAL. ÉSTE CONTACTO CUANDO SE AMPLÍA, PROVOCA ENTONCES CAMBIOS MORFOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS EN LA PAPILA INTERDENTAL TOMANDO FORMA DE COL.

ÉSTA PAPILA CON FORMA DE COL POSTERIORMENTE SE AMPLÍA EN SU CONTORNO; CONSERVANDO UNA LIGERA FORMA DE SILLA DE MONTAR- Y COMO EL EPITELIO QUE CUBRE A EL COL NO SE ENCUENTRA QUERATIZADO COMO EL RESTO DEL SURCO GINGIVAL. ES ENTONCES QUE SE CONVIERTE MÁS SUSCEPTIBLE A LA DESTRUCCIÓN.

EL TEJIDO DE LA REGIÓN INTERPROXIMAL DEBE CONSERVAR UN ESPACIO ADECUADO PARA NO PRESENTAR ENFERMEDAD ALGUNA.

CUANDO EXISTE LA PRESENCIA DE CONTACTOS PROXIMALES AMPLIOS EN SENTIDO OCLUSOLINGUAL Y VESTIBULOLINGUAL IMPIDEN LA EXISTENCIA DE ÉSTE ESPACIO REQUERIDO, LIMITANDO DE ÉSTA MANERA A LOS NICHOS, TANTO OCLUSAL COMO INTERPROXIMAL.

DE ESTA FORMA EL PACIENTE TIENE MENOS POSIBILIDAD DE LIMPIAR LAS ZONAS INTERDENTALES, HABIENDO CAMBIOS EN LOS TEJIDOS INTERDENTALES.

ÉSTOS CAMBIOS SON LOS SIGUIENTES:

SE PRESENTA UNA HIPERPLASIA FACIAL Y LINGUAL EN LA PAPILA INTERDENTAL AFECTADA Y QUE PROVOCA LA FORMACIÓN DE UNA COL EXAGERADA, SIENDO ÉSTA MANERA LA REGIÓN VULNERABLE A LA INVASIÓN MICROBIANA; INFLAMACIÓN, EDEMA Y POSTERIORMENTE EL HUESO.

CUANDO SE PRESENTAN RELACIONES DE CONTACTO PROXIMAL CORRECTAS EN DIRECCIÓN FACIOLINGUAL Y OCLUSOCERVICAL, ÉSTAS PER

MITEN EL ESTÍMULO DE LA PAPILA INTERDENTAL HACIENDO FUNCIONES NORMALES E HIGIENE BUCAL. SI SON DEMASIADO ESTRECHOS-- LOS CONTACTOS PROXIMALES ASÍ COMO LA FALTA DE CONTACTO FAVORECERÁN LA RETENCIÓN Y ACUMULACIÓN DE ALIMENTOS. DE IGUALFORMA LA FALTA DE CONTACTO PROVOCARÁ EL DESPLAZAMIENTO DE -- LOS DIENTES.

LA CREACIÓN DE CONTORNOS CORRECTOS ES IMPORTANTE PARA -- DAR FORMA A LAS SUPERFICIES CORONARIAS INTERPROXIMALES EN DIRECCIÓN CERVICAL A LA ZONA DE CONTACTO. LA REGIÓN PRÓXIMA-- EN SENTIDO GINGIVAL AL ÁREA DE CONTACTO POR LO GENERAL CASI-- SIEMPRE ES CONCAVA. TAMBIÉN SUCEDE ESTO AUNQUE EN MENOR -- GRADO EN LA REGIÓN DE TRANSICIÓN DE DIENTES ANTERIORES Y POS-- TERIORES DONDE LA SUPERFICIE INTERPROXIMAL SE ENCUENTRA CON-- LAS SUPERFICIES FACIAL Y LINGUAL. ESTA PEQUEÑA CONCAVIDAD-- DEJA EL ESPACIO SUFICIENTE PARA LOS TEJIDOS BLANDOS.

#### CAVIDADES Y CORONAS (PREPARACIÓN).

AL REALIZAR SU PREPARACIÓN SE DEBERÁ HACER CON PRECAU-- CIÓN PARA EVITAR DAÑAR LOS TEJIDOS GINGIVALES EN UNA FORMA -- INADECUADA.

SI SE PROVOCAN ABRASIONES PEQUEÑAS, ÉSTAS CICATRIZAN RÁ-- PIDAMENTE, PERO SI HAY LA EXISTENCIA DE UNA ENCÍA INSERTADA-- PRECARIA, AÚN LAS ABRASIONES LEVES TENDRÁN QUE EVITARSE.

DEBIDO A QUE TALES ABRASIONES PUEDEN LLEGAR A CAUSAR RECESIONES, DESPRENDIENDO LA ENCÍA INSERTADA.

EN CASO DE QUE LOS MÁRGENES DEBAN SER COLOCADOS A NIVEL SUBGINGIVAL, ENTONCES SE DEBERÁ PROCEDER CON CUIDADO PARA NO LESIONAR LA INSERCIÓN EPITELIAL. YA QUE DICHA INSERCIÓN ES EL TEJIDO MÁS SUSCEPTIBLE A LA ENFERMEDAD PARODONTAL Y AL -- TRAUMATISMO DE TODAS LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE Y EN CASO DE SER ATACADA PRODUCE PERIODONTITIS Y RECESIÓN. CON LA APLICACIÓN DEL DIQUE DE CAUCHO, TANTO LA INSERCIÓN COMO LA ENCÍA MARGINAL PUEDEN SER PROTEGIDAS AL REALIZAR LA COLOCACIÓN DE LOS MÁRGENES SUBGINGIVALES.

OTRA FORMA DE RETRAER LA ENCÍA MARGINAL, ES POR MEDIO DE ELECTROCIRUGÍA O MEDIANTE UN CORDÓN PARA RETRACCIÓN (GIN-GI-PACK). TAMBIEN EL MARGEN GINGIVAL LIBRE SE PUEDE RETRAER CON LA UTILIZACIÓN DE UN INSTRUMENTAL DELGADO Y ROMBO PARA LA DELIMITACIÓN DE LA LÍNEA DE TERMINADO SUBGINGIVAL.

#### MÁRGENES GINGIVALES DE LA RESTAURACIÓN (LOCALIZACIÓN).

SIEMPRE HA SIDO TEMA DE POLÉMICA EL SITIO DONDE DEBE IR LA TERMINACIÓN GINGIVAL DE LA RESTAURACIÓN EN RELACIÓN AL MARGEN LIBRE DE LA ENCÍA.

DICHA LOCALIZACIÓN DEPENDE DE CIERTOS FACTORES COMO:

- ESTÉTICA.



- REQUERIMIENTO DE UNA MAYOR RETENCIÓN A LA RESTAURACIÓN.
- NIVEL DE HIGIENE BUCAL PERSONAL.
- SUSCEPTIBILIDAD DE LA PERSONA A LA CARIES.
- SUSCEPTIBILIDAD DEL MARGEN GINGIVAL A LOS IRRITANTES.
- ASPECTOS MORFOLÓGICOS DE LA ENCÍA MARGINAL.
- GRADO DE RECESIÓN GINGIVAL.

CADA UNO DE ÉSTOS FACTORES VARIAN DE PERSONA A PERSONA, -  
POR LO QUE SE DEBEN ESTUDIAR INDEPENDIENTEMENTE. SI NOS APO-  
YAMOS TAN SOLO EN LA TÉCNICA TRADICIONAL; ENTONCES TODOS LOS -  
MÁRGENES GINGIVALES DE LAS RESTAURACIONES SERÁN SUBGINGIVALES.

ALREDEDOR DE 50 AÑOS SE HA VENIDO EJERCIENDO UNA GRAN IN-  
FLUENCIA SOBRE LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA. DEBIDO AL DR. BLACK  
CON SU TEORÍA DE "EXTENSIÓN POR PREVENCIÓN" (DE CARIES Y SENSI  
BILIDAD).

EL DR. BLACK PLANTEABA EL PROPÓSITO DE LA EXTENSIÓN DE --  
LAS CAVIDADES EN SUPERFICIES LISAS HASTA EL SURCO, JUNTO CON--  
LOS MÁRGENES LINGUALES Y FACIALES HACIA EL NICHOS DONDE AFIRMA-  
BA QUE LA FRICCIÓN DE LA MASTICACIÓN BRINDARÍA AUTOCLISIS.

MEDIO SIGLO DESPUES SE HA VISTO QUE SU TEORÍA CAE EN LA -  
EXAGERACIÓN Y QUE NO SOLO SU PRÁCTICA DESTRUYE MUCHA ESTRUCTU-  
RA DEL TEJIDO DENTAL, SINO QUE LA CARIES NO SE EVITA CON DICHA  
SOBREEXTENSIÓN.

EN LA ACTUALIDAD SE COMBATE MÁS LA CARIES EVITANDO LA --  
FORMACIÓN DE PLACA BACTERIANA Y LA APLICACIÓN TÓPICA DE SOLU-  
CIONES FLUORADAS INHIBIDORAS DE LA MISMA.

ADEMÁS NO EXISTEN PRUEBAS CLARAS DE QUE LA MASTICACIÓN -  
PROPORCIONE PROPIEDADES DE AUTOCLISIS EFICIENTES.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TEORÍA BIOLÓGICA, LAS TER-  
MINACIONES GINGIVALES EN TODAS LAS RESTAURACIONES, TIENEN QUE  
IR COLOCADAS EN SENTIDO CORONARIO AL BORDE DE LA ENCÍA LIBRE.  
ESTO SE REALIZA DE ÉSTE MODO, PORQUE SE HA VISTO QUE RESULTA-  
BASTANTE COMPLICADO HACER UN MARGEN GINGIVAL DE FORMA TAL QUE  
NO IRRITE A LOS TEJIDOS DEL PARODONTO. ASÍ COMO TAMBIÉN LA-  
LÍNEA GINGIVAL RESULTA SER UN SITIO DONDE PUEDE LLEGAR A RETE-  
NERSE ALIMENTO ACUMULANDOSE PLACA Y HACIENDO A LA REGIÓN MÁ-  
VULNERABLE A LA CARIES.

TANTO LOS MÁRGENES SUBGINGIVALES COMO LOS SUPRAGINGIVA--  
LES TIENEN SUS PROPIOS ARGUMENTOS, Y CADA UNO POSEE VENTAJAS-  
Y DESVENTAJAS. PERO NO OBSTANTE ESTO, POSIBLEMENTE SEA MÁ-  
IMPORTANTE QUE EL AJUSTE TENGA UNA BUENA PRECISIÓN, EL TERMI-  
NADO DE LA SUPERFICIE; ASÍ COMO EL TIPO DE MATERIAL QUE ENTRA  
RÁ EN CONTACTO CON LOS TEJIDOS PARODONTALES Y EL CONTORNO GIN-  
GIVAL DE LA RESTAURACIÓN.

EL DENTISTA TIENE LA OBLIGACIÓN NO SÓLO DE REPRODUCIR LA  
CONFIGURACIÓN ORIGINAL EXTERNA DEL DIENTE; SINO MEJORARLA SI-

ES POSIBLE. LOGRANDO ESTO, SE EVITA LA ACUMULACIÓN DE LA --  
PLACA BACTERIANA, LA CUAL FUE EL FACTOR PREDISPONENTE DE LA --  
LESIÓN.

SI LA COLOCACIÓN DEL MARGEN GINGIVAL SE REALIZA EN FORMA  
SUPRAGINGIVAL, ESTA REDUCE LA IRRITACIÓN CON LA DESVENTAJA --  
QUE PUEDE VERSE ANTIESTÉTICA.

EN CAMBIO LA TERMINACIÓN DEL MARGEN GINGIVAL SUBGINGIVAL  
COLOCA EL EPITELIO DEL SURCO GINGIVAL EN RELACIÓN CON EL MATE  
RIAL DE OBTURACIÓN PUDIENDO PROVOCAR INFLAMACIÓN.

NO OBSTANTE, SI LA RESTAURACIÓN ES DE UN MATERIAL INERTE,  
TERSO Y CONTORNEADO CORRECTAMENTE SIENDO LOS MÁRGENES PRECI--  
SOS ENTONCES LA IRRITACIÓN SERÁ MÍNIMA Y NO HABRÁ ACUMULACIÓN  
DE BACTERIAS SI SE SIGUE UNA BUENA HIGIENE BUCAL.

CUANDO LOS MÁRGENES SON MAL ADAPTADOS O HAY UN RECUBRI--  
MIENTO INADECUADO DE LAS CORONAS DE ORO, ÉSTAS PUEDEN PROVEC--  
TAR A LOS CEMENTOS DENTALES, LA RESINA ACRÍLICA O LA PORCELA--  
NA AL ENTRAR EN CONTACTO CON EL EPITELIO DEL SURCO.

TALES MATERIALES PUEDEN SER IRRITANTES FÍSICA O QUÍMICA--  
MENTE DEBIDO A QUE SON ÁSPEROS Y POROSOS.

HAY CASOS ESPECIALES DE PACIENTES, DONDE LOS MÁRGENES --  
SUBGINGIVALES DEBEN HACERSE FORZOSAMENTE.

A LA ALTURA DE DIENTES ANTERIORES, POR RAZONES DE ESTÉTICA LAS CORONAS DEBEN TERMINARSE SUBGINGIVALMENTE; ADEMÁS SE DEBE INTERVENIR CON SUMO CUIDADO EN LA REDUCCIÓN DENTARIA AL COLOCAR LA LÍNEA DE TERMINACIÓN CON EL MENOR TRAUMA POSIBLE; EN FORMA ESPECIAL DONDE LA ENCÍA ES DELGADA Y DELICADA O DONDE NO EXISTA UNA ZONA ADECUADA DE ENCÍA INSERTADA.

SI SE REALIZA UN TRAUMA INNECESARIO, PROVOCARÍA CASI SIEMPRE UNA RECESIÓN GINGIVAL EXPONRIENDO EL MARGEN, BRINDANDO UN DESAGRADABLE ASPECTO ESTÉTICO.

EN CIERTAS OCASIONES A PESAR DE EXISTIR UN AJUSTE PERFECTO, UN CONTORNO ADECUADO Y UN BUEN PULIDO, LOS TEJIDOS GINGIVALES REACCIONAN EN FORMA ADVERSA A LAS CORONAS ANTERIORES CON CARILLA DE PORCELANA Y ÉSTAS PRODUCEN GINGIVITIS MARGINAL COMO LA QUE PROVOCAN LAS HORMONAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO Y LA PUBERTAD.

EL ORIGEN DE ÉSTA REACCIÓN AÚN NO ES BIEN COMPRENDIDA. EXISTE OTRA INDICACIÓN PARA COLOCAR MÁRGENES SUBGINGIVALMENTE Y ES ACRECENTAR LA RETENCIÓN DE LA RESTAURACIÓN SI FUERA NECESARIO. A MENUDO LA PRESENCIA DE RESTAURACIONES EXISTENTES EXIGE UNA EXTENSIÓN DEL MARGEN SUBGINGIVALMENTE. EN ESPECIAL CUANDO SE PRESENTA CIERTA RECESIÓN ALREDEDOR DEL DIENTE QUE NECESITE UNA RESTAURACIÓN COMO PRODUCTO DE LA TERAPÉUTICA

PARODONTAL, EL TRAUMA POR CEPILLADO O DEBIDO A UNA LIGERA AFEC-  
CIÓN DE LA FURCACIÓN.

TAMBIÉN SI EN LA REGIÓN GINGIVAL, LOS CONTORNOS NO SON --  
ALISADOS, HABRÁ ENTONCES LA TENDENCIA A LA ACUMULACIÓN Y RETEN-  
CIÓN DE PLACA.

YA SEA POR CARIES O POR RAZONES DE ESTÉTICA QUE DETERMI--  
NEN LO CONTRAIO, LOS MÁRGENES DEBERÁN MANTENERSE EN LA ZONA --  
SUPRAGINGIVAL, EN ZONAS DONDE LA ENCÍA INSERTADA SEA INADECUA-  
DA EN CUANTO A GROSOR Y ANCHURA O EN DONDE SEA DEMASIADO LARGA  
LA CORONA CLÍNICA COMO SE HALLA DESPUES DE LA TERAPÉUTICA PARO  
DONTAL.

EN CONCLUSIÓN, EL ELEGIR LA COLOCACIÓN SUPRAGINGIVAL O --  
SUBGINGIVAL DEL MARGEN DEBE ESTAR REGIDA POR LOS REQUERIMIE--  
TOS DE CADA PACIENTE Y DE CADA DIENTE, YA QUE ESTO DEBE HACER-  
SE ANTES DE DECIDIR CUAL SERÁ LA MEJOR PROFUNDIDAD MARGINAL.

SI SE PUEDE MANTENER EL SURCO EXENTO DE IRRITANTES POR ME  
DIO DE UNA ADAPTACIÓN PRECISA DEL MARGEN, SUPERFICIES LISAS Y--  
UN BUEN CONTORNO, ENTONCES LA TERMINACIÓN SUBGINGIVAL AÚN LI--  
BRE DE LA INSERCIÓN EPITELIAL SERÁ DESEABLE. NO OBSTANTE ES-  
TO, LA TERMINACIÓN NO DEBE IR MUY POR DEBAJO DEL MARGEN GINGI-  
VAL PARA IMPEDIR UNA BUENA IMPRESIÓN O LA REALIZACIÓN CORRECTA  
DE LA RESTAURACIÓN DE LA ZONA.

CUANDO UN SURCO SE ENCUENTRA EN ESTADO DE SALUD, ESTE--  
DEBE PRESENTAR UNA PROFUNDIDAD DE 1 a 3 mm. EN CASI TODAS --  
LAS ZONAS DE LA BOCA; Y LOS MÁRGENES SUBGINGIVALES DEBEN TER  
MINAR EN UN 0.5 mm. ANTES DE LA INSERCIÓN EPITELIAL.

SI LA PROFUNDIDAD DEL SURCO FUERA MAYOR DE 3mm, ENTON--  
CES SE DEBERÁ HACER UNA REDUCCIÓN DE LA MISMA POR MEDIOS QUI  
RÚRGICOS ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO. COMO UNA EXCEP--  
CION A ESTA NORMA SE TOMAN A VECES COMO NORMALES MEDIDAS MA-  
YORES A LAS MENCIONADAS EN LA ZONA DE LA TUBEROSIDAD Y EL CO  
JINETE RETROMOLAR. EN MUCHOS CASOS, MIENTRAS MÁS PROFUNDI-  
DAD HAYA EN LA EXTENSIÓN SUBGINGIVAL, HABRÁ MÁS RIESGO DE --  
IRRITAR LA INSERCIÓN EPITELIAL.

EL MARGEN GINGIVAL SE DEBE LOCALIZAR DE PREFERENCIA EN-  
EL ESMALTE, DONDE SE PUEDE PULIR Y TERMINAR EN FORMA CORREC-  
TA. EN ÉSTOS CASOS TIENE QUE SER COLOCADO EL MARGEN A 2 ó-  
3 mm. EN DIRECCIÓN SUPRAGINGIVAL. EN CASO DE EXISTENCIA DE  
RECESIÓN SEVERA, ESTA COLOCACIÓN NO DEBE HACERSE SINO TERMI-  
NANDO EN LA ZONA RADICULAR.

ALGUNOS ESTUDIOS ACERCA DE LA COLOCACIÓN DEL MARGEN GIN  
GIVAL INDICAN QUE ÉSTE DEBE SITUARSE POR ENCIMA DEL MARGEN -  
GINGIVAL O A NIVEL DE LA CRESTA GINGIVAL.

EN ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS DEL DR. SCHUUGER SE VIÓ QUE-  
SITUAR AL MARGEN GINGIVAL A NIVEL DE LA CRESTA GINGIVAL PRO-

**VOCA ACUMULACIÓN DE PLACA, CARIES E INFLAMACIÓN.**

CUANDO SE HA REALIZADO CIRUGÍA PARODONTAL, EL SURCO TIENDE A CARECER DE PROFUNDIDAD, POR LO QUE SI ES NECESARIO RECURRER A COLOCAR SUBGINGIVALMENTE UN MARGEN; EN TAL CASO ES RECOMENDABLE ESPERAR A QUE SE FORME UN MARGEN GINGIVAL LIBRE ANTES DE INICIAR CUALQUIER PREPARACIÓN PARA LAS CORONAS; YA QUE DE NO SER ASÍ, LAS RELACIONES DE LOS MÁRGENES GINGIVALES LIBRES CON LAS LÍNEAS DE TERMINACIÓN PUEDEN FRACASAR.

**IMPRESIONES.**

SI LOS MÁRGENES DE LAS CORONAS COMPLETAS SE COLOCAN SUBGINGIVALMENTE ES MÁS DIFÍCIL LA OBTENCIÓN DE IMPRESIONES DE ÉSTOS DIENTES, YA QUE SE REQUIERE EL DESPLAZAMIENTO DE LOS TEJIDOS GINGIVALES LIBRES.

CUANDO SE EMPLEAN TÉCNICAS INADECUADAS DE RETRACCIÓN GINGIVAL A MENUDO ÉSTAS PUEDEN LESIONAR LOS TEJIDOS BLANDOS Y CAUSAR ALTERACIONES PERMANENTES.

NO OBSTANTE, SI LOS TEJIDOS SON CONSIDERADOS CON CUIDADO LA RECESIÓN O CUALQUIER OTRA LESIÓN PEQUEÑA PODRÁ DESAPARECER CON RAPIDEZ EN POCOS DÍAS.

SI SE REALIZAN IMPRESIONES CON TUBO DE COBRE O BANDAS INDIVIDUALES, ÉSTAS DEBERÁN ADAPTARSE CON CUIDADO A LA PREPARACIÓN Y DETERMINAR CON EXACTITUD SU LONGITUD EN RELACIÓN A LA-

LÍNEA GINGIVAL. ASÍ MISMO, EN ÉSTE TIPO DE IMPRESIONES ES -  
NECESARIO EVITAR LA PRESIÓN DIGITAL PARA NO DAÑAR LA INSERCIÓN  
EPITELIAL.

EL HILO PARA RETRACCIÓN GINGIVAL QUE SE USA GENERALMENTE  
PARA IMPRESIONES PUEDE TENER UNA RELATIVA SEGURIDAD. ES POR  
ESTO QUE SE DEBE PRECAVER EL USO DE UN HILO QUE NO SEA DE UN  
DIÁMETRO EXAGERADO PARA EL SURCO GINGIVAL.

SI AL COLOCAR EL HILO SE REALIZA UNA FUERZA INNECESARIA-  
E INADECUADA, ESTO PROVOCARÁ ALTERACIONES A LA INSERCIÓN.

DEBEN TOMARSE MEDIDAS DE SEGURIDAD ESPECIALES PARA LA RE-  
TRACCIÓN DE TEJIDO GINGIVAL LIBRE DELGADO Y DELICADO, O EN EL  
CASO DE QUE HAYA ENCÍA INSERTADA INADECUADA.

DE NO SER ASÍ, SE PROVOCARÁ RECESIÓN RÁPIDA.

LA RETRACCIÓN GINGIVAL TAMBIÉN PUEDE REALIZARSE CON ELEC-  
TROCIRUGÍA. ACTUALMENTE SE UTILIZA PARA LA OBTENCIÓN DE UNA  
HENDIDURA QUE RODEA LA LÍNEA DE LA TERMINACIÓN SUBGINGIVAL.

LA ELECTROCIRUGÍA SI SE EMPLEA CUIDADOSAMENTE AYUDA CON-  
SIDERABLEMENTE A LA TOMA DE IMPRESIONES.

NO OBSTANTE LA RETRACCIÓN CON ELECTROCIRUGÍA, NO ESTÁ IN-  
DICADA EN REGIONES DONDE HAYA INFLAMACIÓN O TEJIDOS DELGADOS-  
YA QUE ESTO PUEDE CAUSAR RECESIÓN.



RELACIÓN ENTRE LA ADAPTACIÓN DEL PÓNTICO Y LA SALUD DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

DADO QUE EL PRINCIPAL OBJETIVO DE LOS PÓNTICOS, ES EL DE SUSTITUIR A LOS DIENTES FALTANTES, ES POR ESTO QUE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LOS PÓNTICOS SE PUEDEN CONFORMAR DE ACUERDO A LA FORMA OCLUSAL Y EN GRAN PARTE A LA FORMA LABIAL Y BUCAL PARA PODER CUBRIR LOS REQUERIMIENTOS DE ESTÉTICA Y QUE NO SE IMPIDA LA HIGIENE BUCAL.

NO EXISTE UN PUNTO O UNA ALTURA DETERMINADA PARA QUE EL PÓNTICO HAGA CONTACTO CON LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA ZONA DENTADA DE ACUERDO AL DISEÑO Y ADAPTACIÓN DEL PÓNTICO A LOS TEJIDOS BLANDOS EN LA BRECHA, DETERMINARÁ ESTO SI LOS TEJIDOS ADYACENTES PERMANECERÁN O NO SANOS O ENFERMARÁN.

EN ÉSTA REGIÓN SERÁ DE IMPORTANCIA EL:

- GRADO DE PRESIÓN.
- EL ÁREA DE CONTACTO CON EL REBORDE ALVEOLAR.
- EL ESPACIO DEL NICHU ENTRE EL PILAR Y EL PÓNTICO.

ÉSTOS TRES FACTORES SON DE SUMA IMPORTANCIA SI EN LA COLOCACIÓN DEL PÓNTICO SE QUIERE UNA BUENA TOLERANCIA POR PARTE DE LOS TEJIDOS.

EN EL PÓNTICO, EL ANCHO OCLUSAL O INICIAL DE LA MESA FUN

CIONAL ASÍ COMO LA ALTURA DE SUS CÚSPIDES DEBE IMITAR A LAS -  
DE LOS DIENTES PILARES.

NO EXISTE UN MOTIVO CLARO PARA QUE LA ANCHURA OCLUSAL EN  
LOS PÓNTICOS SEA MENOR A LA DE LOS DIENTES DE SOPORTE. TAN-  
TO LOS CONTORNOS LINGUAL COMOBUCALES DE LOS TERCIOS OCLUSALES -  
DE LAS PORCIONES CORONARIAS EN LOS PÓNTICOS POSTERIORES PUE--  
DEN SER IGUALES A LA DE LOS DIENTES ANTERIORES Y PREMOLARES.

A VECES LOS PÓNTICOS DE LOS PRIMEROS MOLARES ESTÁN SUJE-  
TOS A REQUISITOS ESTÉTICOS, POR LO QUE SE DEBEN IGUALAR LOS--  
CONTORNOS DE DIENTES PRÓXIMOS.

#### FORMA GINGIVAL DEL PÓNTICO.

EL PÓNTICO DEBE GUARDAR UNA FORMA GINGIVAL DE TAL MANERA  
QUE EL CONTACTO CON EL REBORDE DESDENTADO DEPENDEN DE:

- MORFOLOGÍA DEL REBORDE.
- CANTIDAD DE ENCÍA INSERTADA QUE CUBRE EL REBORDE.
- POSICIÓN DE LA UNIÓN MUCOGINGIVAL.
- PROFUNDIDAD DEL VESTÍBULO.
- ESTÉTICA.
- FONÉTICA.
- ACCESIBILIDAD PARA MEDIDAS DE HIGIENE BUCAL.

LOS PRIMEROS 4 FACTORES ESTÁN RELACIONADOS ENTRE SÍ Y --  
PUEDEN MODIFICARSE PARA SATISFACER LAS DEMANDAS ESTÉTICAS Y -

FONÉTICAS SI FUESE NECESARIO. NO OBSTANTE LAS MEDIDAS TOMADAS PARA EL ACCESO EN RELACIÓN A LA HIGIENE BUCAL NUNCA PUEDEN NI DEBEN COMPROMETERSE POR LA ESTÉTICA O LA FONÉTICA AL GRADO QUE SE ENFERMEN LOS TEJIDOS.

#### DISEÑO PARA REBORDES ALVEOLARES NORMALES.

CUANDO EXISTE UN REBORDE ALVEOLAR SANO CON UNA BUENA ESTRUCTURA TANTO EN AMPLITUD Y PROFUNDIDAD EN EL PROCESO ALVEOLAR, ASÍ COMO TAMBIÉN UNA ZONA ADECUADA DE ENCÍA INSERTADA, LA ADAPTACIÓN DEL PÓNTICO SE REALIZA FÁCILMENTE Y LA MAGNITUD DEL CONTACTO DESEADO SE PUEDE DETERMINAR EN BASE A LA ESTÉTICA. EN GENERAL, MIENTRAS MÁS ATRÁS SE COLOQUE EL PÓNTICO, MENOR CONTACTO DEBERÁ HABER CON LOS TEJIDOS, YA QUE LOS REQUISITOS DE ESTÉTICA SERAN MENORES EN LAS PORCIONES POSTERIORES DE LA BOCA Y ÉSTE MENOR CONTACTO FACILITARÁ LA LIMPIEZA.

EL EXCESO DE CONTACTO DIFICULTA LA LIMPIEZA, POR LO QUE DEBE EVITARSE.

EL PÓNTICO SOLO DEBE CUBRIR LO NECESARIO DEL REBORDE PARA LOGRAR ESTÉTICA Y COMODIDAD.

POR LO GENERAL EL LÍMITE LINGUAL NO DEBE REBASAR LA CRESTA DEL REBORDE DESDENTADO.

LA PRESENCIA DE CONTACTO EXCESIVO CON EL REBORDE CREA UNA FORMA DE PÓNTICO GINGIVAL CÓNCAVA QUE DIFICULTA LOS MÉTO-

DOS DE HIGIENE.

EL PÓNTICO DEBE TENER LAS CARACTERÍSTICAS GINGIVALES SIGUIENTES:

- NO TENER ÁNGULOS AGUDOS O AFILADOS.
- LA BASE DEBE SER LISA Y TENER UN ASPECTO PULIDO, YA SEA DE ORO, ACRÍLICO O PORCELANA.
- LA SUPERFICIE GINGIVAL DE LOS PÓNTICOS DE PORCELANA DEBERÁ SER VIDRIADA, YA QUE EL PULIDO POR SÍ SOLO NO ES SUFICIENTE Y PRODUCE INFLAMACIÓN BAJO EL PÓNTICO.

DISEÑO PARA REBORDES ALVEOLARES CON FORMAS ABERRANTES.

CUANDO SE PRESENTAN ESTRUCTURAS ABERRANTES DE REBORDE ALVEOLAR ÉSTAS PUEDEN IMPEDIR UNA ADAPTACIÓN IDEAL DEL PÓNTICO. LA RELACIÓN IDEAL ENTRE PÓNTICO Y REBORDE DESDENTADO DEPENDERÁ DEL CONTORNO DEL REBORDE Y LA EXISTENCIA DE ESPACIO VERTICAL PARA EL PÓNTICO. ÉSTE ESPACIO DEPENDE DEL GROSOR O DE LAS DIFERENTES CONFIGURACIONES DE LA SUPERFICIE DE REBORDE.

CUANDO TALES CONDICIONES SE PRESENTAN, ES MEJOR MODIFICAR EL REBORDE QUIRÚRGICAMENTE PARA ACEPTAR AL PÓNTICO EN VEZ DE REDUCIR AL MISMO PARA ADAPTARLO AL ESPACIO EXISTENTE.

LA MORFOLOGÍA DEL REBORDE PUEDE VERSE ALTERADA POR LA RESORCIÓN AL GRADO TAL QUE DIFICULTA LA ADAPTACIÓN DEL PÓNTICO.

LA SUPERFICIE GINGIVAL DEL PÓNTICO NUNCA DEBE REBASAR LA UNIÓN MUCOGINGIVAL Y HACER CONTACTO CON LA MUCOSA ALVEOLAR O PRESIONAR SOBRE LOS FRENILLOS O INSERCIONES MUSCULARES. EL NO HACERLO PROVOCARÁ IRRITACIÓN EN LOS TEJIDOS.

UNA RESORCIÓN EXTENSA PUEDE CON FRECUENCIA CREAR UN REBORDE EN FORMA DE FILO DE CUCHILLO. COMO EN ÉSTA ZONA NO SON TAN IMPORTANTES LOS REQUISITOS ESTÉTICOS, ENTONCES EL DISEÑO DEL PÓNTICO DEBERÁ EN CONDICIONES ÓPTIMAS SER DE TAL MANERA QUE NO HAGA CONTACTO CON LOS TEJIDOS BLANDOS. ÉSTE PÓNTICO ES NOMBRADO PÓNTICO SANITARIO O HIGIÉNICO.

ÉSTE DISEÑO REDUCE EL RIESGO DE IRRITACIÓN TISULAR POR PLACA Y ACUMULACIÓN DE ALIMENTOS, Y CONSTA DE UNA SUPERFICIE INTERNA REDONDEADA EN SENTIDO BUCOLINGUAL Y QUE DA FÁCIL ACCESO A LA ENCÍA MARGINAL PROXIMAL DE LOS DIENTES DE SOPORTE, ASÍ COMO LA ZONA DESDENTADA. ÉSTE DISEÑO ELIMINA LOS CAMBIOS MORFOLÓGICOS EN ENCÍA PROXIMAL, COMO LA FORMACIÓN DEL COL Y QUE SUELE VERSE CON FRECUENCIA EN PÓNTICOS MAL DISEÑADOS; EN GENERAL, LAS MEDIDAS DE HIGIENE BUCAL SE FACILITARÁN Y SE MANTENDRÁN A UN MÍNIMO EL ÁREA DE CONTACTO ENTRE EL PÓNTICO Y LA ENCÍA. SI LLEGA A EXISTIR LA NECESIDAD DE REQUERIMIENTOS ESTÉTICOS O FONÉTICOS; ENTONCES EXIGEN LA COLOCACIÓN DE UN PÓNTICO QUE HAGA CONTACTO CON LOS TEJIDOS EN UNA ZONA DESDENTADA CON EXCESIVA RESORCIÓN, DEBIENDO HACERSE EL DISEÑO

DE FORMA TAL QUE HAYA UN MÍNIMO CONTACTO CON LOS TEJIDOS GINGIVALES.

CUANDO HAY CARACTERÍSTICAS DE REBORDE COMO EN FILO DE CUCHILLO Y FLÁCIDAS, ESTO PERMITIRÁ SOLO UN CONTACTO CÓNICO.

SI POR RAZONES DE ESTÉTICA SE REQUIERE REBASAR LA UNIÓN-MUCOGINGIVAL DEBERÁ ENTONCES RECURRIRSE A LA CIRUGÍA PLÁSTICA PARA EFECTUAR EL DESPLAZAMIENTO APICAL DE LA UNIÓN MUCOGINGIVAL.

ESTO CREARÁ UNA BANDA MÁS ANCHA DE ENCÍA INSERTADA Y A LA VEZ HARÁ MÁS PROFUNDO EL VESTÍBULO.

EL CONTACTO TENDRÁ QUE SER LIBRE DE PRESIÓN. CUALQUIER PRESIÓN QUE PROVOQUE ISQUEMIA INICIAL PROVOCARÁ A FINAL DE -- CUENTAS UNA REACCIÓN TISULAR ADVERSA.

LA PRESIÓN EXCESIVA PUEDE PROVOCAR HASTA LA RESORCIÓN -- DEL HUESO.

LA MALA COSTUMBRE DE RASPAR EL BORDE DESDENTADO EN EL MO DELO PARA LOGRAR UN CONTACTO POSITIVO ES PELIGROSA, YA QUE EN EL PACIENTE PUEDE LLEGAR A CAUSAR LA ATROFIA DEL HUESO SUBYACENTE Y A LA AFECCIÓN PARODONTAL DE LOS DIENTES DE SOPORTE.

DEBE VERIFICARSE CON HILO DE SEDA DENTAL EL GRADO DE PRE SIÓN ANTES DE CEMENTAR EL PUENTE.

CUANDO EL GRADO DE CONTACTO TISULAR ES CORRECTO, EL HILO DENTAL PASA BAJO EL MISMO CON UNA LEVE RESISTENCIA. LOS PÓNTICOS QUE SE HALLAN SEPARADOS Y QUE TIENEN UNA PEQUEÑA DISTANCIA ENTRE LA BASE Y EL TEJIDO DEBEN SER EVITADOS. ÉSTA RELACIÓN COLABORA A LA ACUMULACIÓN Y RETENCIÓN DE ALIMENTOS O PLACA BACTERIANA.

#### CONTORNO PROXIMAL Y ESPACIO DEL NICHOS.

TANTO LOS CONTORNOS PROXIMALES, COMO LOS ESPACIOS DE LOS NICHOS ENTRE LOS PÓNTICOS Y LOS PILARES DEBEN MANEJARSE CON EL MISMO CUIDADO COMO SE HACE CON LAS CORONAS ADYACENTES.

EN OTRA FORMA, AQUELLOS NICHOS OBSTRUIDOS POR UNIONES DE SOLDADURA AMPLIA O PÓNTICOS SOBRECONTORNEADOS LOGRAN CAMBIOS-CARACTERÍSTICOS COMO INFLAMACIÓN, PAPILAS HIPERPLÁSICAS Y FORMACIÓN EXAGERADA DE COLES, ASÍ COMO TAMBIÉN DIFICULTARÁN LAS-MEDIDAS DE HIGIENE BUCAL.

LOS DIENTES ANTERIORES, POR ESTÉTICA Y FONÉTICA PUEDEN REQUERIR LA CREACIÓN DE UN NICHOS DE DIMENSIONES MÍNIMAS. NO OBSTANTE ESTO, EL ESPACIO DE ESTE NICHOS DEBERA SER SIEMPRE LO SUFICIENTEMENTE GRANDE PARA DAR CABIDA A LA PAPILA PROXIMAL Y EVITAR SER PRESIONADA. EN ÉSTOS CASOS LOS NICHOS PROXIMALES LINGUALES DEBEN SER LO SUFICIENTEMENTE AMPLIOS PARA PERMITIR-LA ENTRADA DE APARATOS LIMPIADORES COMO HILO, ESTAMBRE O ESTI

**MULADORES INTERPROXIMALES.**

POR LO GENERAL, DADO QUE EN LA REGIÓN POSTERIOR NO ES MUY IMPORTANTE LA ESTÉTICA, LOS NICHOS PUEDEN SER AGRANDADOS PROGRESIVAMENTE DESDE EL PREMOLAR HASTA LOS MOLARES PARA ASEGURAR UNA LIMPIEZA EFICIENTE.

**ESPACIO DENTARIO ALTERADO.**

EL ESPACIO DENTARIO ENTRE DOS DIENTES DE SOPORTE PUEDE LLEGAR A ALTERARSE AL GRADO TAL QUE PUEDA FRACASAR LA ADAPTACIÓN-ESTÉTICA DE UN PÓNTICO.

NO DEBEN COLOCARSE PÓNTICOS MUY ANGOSTOS, YA QUE ESTO PUEDE REDUCIR LOS ESPACIOS DE LOS NICHOS, FACILITANDO LA RETENCIÓN DE ALIMENTOS Y HACIENDO MÁS DIFÍCIL LA HIGIENE BUCAL.

AQUELLOS DIENTES PILARES QUE SE ENCUENTREN INCLINADOS DEBEN ENDEREZARSE POR MEDIO DE ORTODONCIA O MAYORMENTE POR MEDIO DE LA PREPARACIÓN DE LA CORONA Y LA PLASTÍA DEL REBORDE Y ASÍ-CREAR UN MEDIO PROPICIO TANTO EN LA ADAPTACIÓN DEL PÓNTICO COMO PARA LAS MEDIDAS ADECUADAS DE HIGIENE BUCAL.

ESTO EVITARÁ LA RECURRENCIA DE LAS ALTERACIONES DE TEJIDOS BLANDOS COMO LAS SEUDOBOLSAS EXCESIVAMENTE PROFUNDAS EN EL ASPECTO MESIAL DE MOLARES CON INCLINACIONES MARCADAS.

AL PASAR POR ALTO TALES ALTERACIONES MORFOLÓGICAS --



CAMBIANDO AÚN MÁS EL MEDIO CON PÓNTICOS MAL DISEÑADOS PUEDE--  
LOGRAR LA DESTRUCCIÓN PARODONTAL DE LA SEUDOBOLSA. SOLO SI-  
EL DIENTE SE ENDEREZA MEDIANTE LA ORTODONCIA O POR REDUCCIÓN-  
PRÓXIMAL EL TEJIDO HIPERPLÁSICO SE REGENERARÁ.

CONTORNOS DE RESTAURACIONES CON CORONA COMPLETA DE DIENTES --  
AFECTADOS POR LA RECESIÓN.

POSTERIOR AL TRATAMIENTO PARODONTAL QUE REQUIERE DE PRO-  
CEDIMIENTOS DE RESECCIÓN ÓSEA, LAS CORONAS CLÍNICAS SUELEN TE  
NER UNA MAYOR LONGITUD DE LO NORMAL.

AQUELLAS CORONAS CLÍNICAS ALARGADAS Y QUE REQUIEREN UNA-  
RESTAURACIÓN TOTAL SON MÁS DIFÍCILES DE PODER SER RESTAURADAS  
QUE AQUELLAS DE LONGITUD CLÍNICA NORMAL. CUANDO EXISTE UNA-  
LONGITUD AUMENTADA PUEDE CAUSAR ALTERACIONES DE LA PULPA AL -  
REDUCIR LA CORONA, DEBIDO A LA NECESIDAD DE ELIMINAR ESTRUCTU  
RA DENTAL Y ASÍ OBTENER UNA CONVERGENCIA SUFICIENTE.

EN OCASIONES ES NECESARIO EXTIRPAR PULPAS CON VITALIDAD-  
EN DIENTES QUE REQUIEREN FERULIZARSE SI NO ES POSIBLE LOGRAR-  
LA CONVERGENCIA EN OTRA FORMA QUE NO SEA LA REDUCCIÓN DENTAL.  
SI LA CORONA CLÍNICA PRESENTA VARIACIÓN ANATÓMICA, HABRÁ ----  
OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS CONTORNOS. YA QUE AQUE  
LLAS PORCIONES EXPUESTAS DE LAS RAÍCES, SUELEN ESTAR INVAGINA  
DAS EN DIRECCIÓN BUCOLINGUAL EN LAS REGIONES DE LAS FURCACIO-  
NES.

ÉSTAS REGIONES INVAGINADAS REQUIEREN DE UNA MAYOR HIGIENE BUCAL PARA EVITAR LA PLACA MICROBIANA.

SI HUBIERA ACUMULACIÓN DE PLACA DURANTE UN LARGO PERÍODO DE LAS SUPERFICIES DEL CEMENTO, CAUSANDO UNA MAYOR SENSIBILIDAD Y CARIES RADICULAR.

SI ÉSTAS PORCIONES REQUIEREN SER CUBIERTAS CON RESTAURACIONES DE CORONA COMPLETA, LOS CONTORNOS EN LOS VACIADOS DE ORO DEBEN SER DE TAL FORMA QUE NO DIFICULTEN LA HIGIENE BUCAL.

SI LA RECESIÓN FUERA EXCESIVA Y HUBIERA POCAS EVIDENCIAS DE CARIES, ES MEJOR EXCLUIR LA PORCIÓN RADICULAR DE LA PREPARACIÓN Y DEPENDER DE LA HIGIENE DEL PACIENTE Y DE APLICACIONES DE SOLUCIONES FLUORADAS PARA CONTROLAR LA SENSIBILIDAD Y CARIES RADICULAR.

SI FUERA NECESARIO CUBRIR LA PORCIÓN RADICULAR, ENTONCES ES MEJOR MODIFICAR SOLAMENTE LOS CONTORNOS DE LA CORONA ANATÓMICA ORIGINAL Y CREAR DE NUEVO LOS CONTORNOS ORIGINALES DE LA PORCIÓN RADICULAR LO MÁS PARECIDO QUE SE PUEDA.

AL MODIFICAR LA FORMA DE LA CORONA ANATÓMICA, ESTO IMPLICA LA REDUCCIÓN DE PROMINENCIAS INNECESARIAS Y ASÍ TENER MAYOR ACCESO EN EL TERCIO GINGIVAL DE LAS REGIONES INVAGINADAS DE LA RESTAURACIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA PLACA MICROBIANA.

LA MORFOLOGÍA OCLUSAL EN ÉSTAS CORONAS DEBE SER LA SI---

GUIENTE:

LA MESA OCLUSAL DEBE SER PEQUEÑA, EN CASO DE QUE HAYA AUMENTADO DEBIDO A DESGASTE O RESTAURACIONES DEFECTUOSAS.

TENDRÁ QUE SER REDUCIDA LA ALTURA DE LAS CÚSPIDES LO MÁS POSIBLE Y DEBERÁN SER CREADAS CON CUIDADO DE ACUERDO A LAS RELACIONES DE CONTACTO INTERPROXIMALES CORRECTAS.

EL ÁREA DE CONTACTO PUEDE SER ENSANCHADA LIGERAMENTE EN SENTIDO OCLUSOGINGIVAL, DEBIDO AL AUMENTO DEL ESPACIO PARA EL TEJIDO BLANDO INTERPROXIMAL.

NO OBSTANTE, EL ENSANCHAMIENTO NO DEBE HACERSE AL GRADO QUE IMPIDA LA LIMPIEZA INTERPROXIMAL.

SE TENDRÁ QUE INTENTAR APLANAR LO MÁS POSIBLE LA PROMI--  
NENCIA CERVICAL ORIGINAL TANTO FACIAL COMO LINGUAL EN SENTIDO OCLUSAL A LA UNIÓN DEL CEMENTO CON EL ESMALTE EN DIRECCIÓN --  
OCCLUSOGINGIVAL.

ÉSTE APLANAMIENTO FACILITARÁ BASTANTE LA ELIMINACIÓN DE PLACA.

A) MANEJO DE LAS REGIONES DE LA FURCACIÓN.

CUANDO AQUELLAS REGIONES DE LA FURCACIÓN ESTÁN EXPUESTAS Y DEBEN SER CUBIERTAS POR LA RESTAURACIÓN DE LA CORONA TOTAL,

SE TIENE QUE PROCEDER CON CUIDADO PARA NO SOBRECORTONAR ÉSTA REGIÓN. YA QUE ES EN ESTA REGIÓN Y EN LAS ZONAS INVAGINAS INTERPROXIMALES DONDE HAY MAYOR VULNERABILIDAD A LA ACUMULACIÓN DE PLACA Y A LA DESTRUCCIÓN PARODONTAL.

PARA PODER DEVOLVER LOS CONTORNOS ORIGINALES EN LA REGIÓN DE LA FURCACIÓN HAY QUE ELIMINAR EL TEJIDO DENTAL NECESARIO DURANTE LA PREPARACIÓN DE LA CORONA. DICHA PREPARACIÓN TENDRÁ QUE SER INVAGINADA EN SENTIDO OCLUGINGIVAL A TODO LO LARGO DE LA CORONA ANATÓMICA.

LA PREPARACIÓN DEL ENCERADO NO DEBE VOLVER A CREAR LOS CONTORNOS ORIGINALES DE LA CORONA CLÍNICA, SINO QUE TENDRÁN QUE SEGUIR INVAGINACIÓN DE LA FURCACIÓN DE LA CORONA PREPARADA.

EL EMPLEO DE ESTA TÉCNICA ELIMINARÁ LA REGIÓN TRIANGULAR CREADA POR LAS RAÍCES Y LA PROMINENCIA CERVICAL. YA QUE EN ÉSTA ÁREA ES MUY DIFÍCIL DE CONSERVAR LIBRE LA PLACA CON EL CEPILLADO NORMAL.

#### B) MANEJO DE LAS REGIONES INTERPROXIMALES.

UNA VEZ TERMINADA LA CIRUGÍA PARODONTAL LA ENCÍA INTERPROXIMAL ESTÁ QUERATINIZADA Y LA MAYOR DE LAS VECES ADQUIERE LA FORMA TRIANGULAR EN VEZ DE FORMA DE COL.

EL QUE LA ENCÍA ADQUIERA ÉSTA CONFIGURACIÓN NO INDICA --  
PRECISAMENTE QUE SEA UNA PAPILA ENFERMA, YA QUE LAS PAPILAS--  
ENFERMAS CASI SIEMPRE TIENDEN A PRESENTAR FORMA DE COL.

EL QUE LA PAPILA TRIANGULAR SE ALTERE A FORMA DE COL FA--  
VORECE A LA ACUMULACIÓN DE MICROORGANISMOS EN LA PORCIÓN ME--  
DIA DE ÉSTA QUE CARECE DE QUERATINA.

POR LO QUE LA REGIÓN INTERPROXIMAL TENDRÁ QUE SER LO SU--  
FICIENTEMENTE GRANDE PARA ACOMODAR ÉSTOS TEJIDOS SIN PROBLE--  
MAS Y LOGRAR UN ACCESO ADECUADO PARA LA HIGIENE BUCAL Y LA FI--  
SIOTERAPIA Y LOGRAR UN BUEN ESTADO DE SALUD.

LAS PORCIONES RADICULARES INTERPROXIMALES INVAGINADAS DE--  
BEN REDUCIRSE LO SUFICIENTE PARA QUE LA RESTAURACIÓN ADQUIERA  
SUS CONTORNOS DE DIMENSIONES ORIGINALES DE LA PORCIÓN RADICU--  
LAR DE LA CORONA CLÍNICA.

AL REALIZAR EL ENCERADO, LOS CONTORNOS INTERPROXIMALES --  
DEBEN SER MANEJADOS CON CUIDADO PARA QUE NO PRESIONEN LOS TE--  
JIDOS INTERDENTARIOS O IMPIDAN LA HIGIENE BUCAL.

ASÍ TAMBIÉN, LAS SUPERFICIES PROXIMALES QUE SE HALLAN EN  
DIRECCIÓN GINGIVAL EN RELACIÓN A LA ZONA DE CONTACTO DEBEN --  
SER PLANAS O CÓNCAVAS.

ÉSTOS CONTORNOS DEBEN CREARSE PARA CONSERVAR LA SALUD DE

LOS TEJIDOS.

PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES MAL DISEÑADAS.

SIEMPRE QUE SE PUEDA, ES MEJOR APOYAR LAS PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN DIENTES NATURALES.

ESTO REQUIERE UN MINUCIOSO ESTUDIO DE LAS PIEZAS PILARES Y SU PARODONTO. LOS DIENTES FALTOS DE SOPORTE DEBEN SER FERULIZADOS A OTROS POR MEDIO DE CORONAS SOLDADAS.

SI FALTARAN DIENTES DE SOPORTE ESTRATÉGICO O SE HALLARAN EN CONDICIONES DÉBILES, SUELE SER NECESARIO DEFENDER DE SOPORTE TISULAR ASÍ COMO DE SOPORTE DENTARIO. DE SER ASÍ, SALVOQUE SE CONSTRUYA CON CUIDADO LA PRÓTESIS PARCIAL, PUEDE LLEGAR A EJERCER UN EFECTO DE PALANCA SOBRE LOS DIENTES PILARES, DANDO POR RESULTADO TRAUMATISMO OCLUSAL.

AQUELLOS PACIENTES CON PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES DEBEN CHECARSE CONSTANTEMENTE PARA PODER DETERMINAR EL GRADO DE CAMBIOS MORFOLÓGICOS, EN LOS TEJIDOS RESULTANTES DE LA RESORCIÓN ALVEOLAR PROGRESIVA Y DETERMINAR SI LA BASE EXIGE UN REBASE. LOS GANCHOS MAL DISEÑADOS EJERCEN EFECTOS NOCIVOS SOBRE LOS DIENTES PILARES, DEBIDO A LA TENSIÓN CONTINUA QUE PROVOCAN, DANDO POR RESULTADO: TRAUMATISMO OCLUSAL.

EN EL ASENTAMIENTO DE UNA PRÓTESIS PARCIAL POSTERIOR, -- LOS BRAZOS DEL GANCHO PUEDEN PRESIONAR EL TEJIDO MARGINAL DEL

DIENTE DE SOPORTE A EXCEPCIÓN DE QUE SE APOYE POR MEDIO DE --  
DESCANSOS OCLUSALES.

### EFFECTOS DE PRÓTESIS PARCIALES SIN GANCHOS

SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, ES MEJOR CONSTRUIR UNA PRÓTESIS  
PARCIAL FIJA EN LUGAR DE REMOVIBLES.

LAS PRÓTESIS REMOVIBLES REQUIEREN DE BUENA HIGIENE BUCAL  
PARA EVITAR ENFERMEDADES DEL PARODONTO.

LAS PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES QUE SE APOYAN EN UNO O  
DOS DIENTES, SE LES SUELE LLAMAR REEMPLAZO PROSTÉTICO DE DIEN  
TES EXTRAIDOS POR CARIES O TRAUMA. EN OCASIONES ÉSTE ES EL--  
ÚNICO TIPO DE TRATAMIENTO QUE SE PUEDE DAR, DEBIDO A LA EDAD--  
DEL PACIENTE O LA GRAVEDAD DE LA LESIÓN, PERO SE DEBE ADVER--  
TIR QUE ESTA PRÓTESIS DEBE SER REEMPLAZADA POR UNA FIJA.

CON FRECUENCIA, UNA PRÓTESIS PARCIAL QUE SE ENCUENTRA --  
APOYADA EN LOS TEJIDOS PROVOCA UNA INFLAMACIÓN ALGUNOS DÍAS--  
DESPUÉS.

ÉSTA INFLAMACIÓN PUEDE SER LEVE AL GRADO QUE NO LO NOTE--  
EL PACIENTE. ES IMPORTANTE VER QUE TODA PARODONTITIS SIEM--  
PRE EMPIEZA POR UNA MÍNIMA LESIÓN. LA MAYORÍA DE LAS VECES--  
SE PUEDE DESCUIDAR EL CEPILLADO EN ZONAS SANGRANTES. ES EN--  
ÉSTAS ZONAS DONDE AUMENTA LA PLACA MICROBIANA, APARECE INFLA--

MACIÓN QUE A SU VEZ PRODUCE PARODONTITIS.

CUANDO LA PRÓTESIS PARCIAL ES ASENTADA, ÉSTA PARODONTITIS CREA ENTONCES RESECCIÓN GINGIVAL. ÉSTAS LESIONES SE DEBEN CORREGIR CON PRÓTESIS FIJA ANTES DE HACER LA RESTAURACIÓN. SI EL DAÑO ES MÍNIMO, BASTA CON EL CURETAJE Y EL ASEDO BUCAL. SI EN CAMBIO LAS IRRITACIONES FORMAN HIPERPLASIA GINGIVAL, SE PUEDE RECURRIR A PLASTIA DE REBORDE ALVEOLAR.

SI EXISTE PARODONTITIS CON AFECCIÓN ÓSEA PUEDE SER NECESARIO RECURRIR A LA CIRUGÍA POR COLGAJO Y ASÍ CORREGIR MALFORMACIONES ÓSEAS. AL HACER ÉSTAS CORRECCIONES, PUEDEN LLEGAR A ALTERARSE LOS TEJIDOS; NO OBSTANTE DEBE HACERSE ANTES DEL TRATAMIENTO DE LA PRÓTESIS FIJA.



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

DURANTE LOS AÑOS DE ESTUDIANTE Y AL TÉRMINO DE MI AÑO DE SERVICIO SOCIAL, ME NACIÓ LA IDEA DE PRESENTAR UNA TESIS BASA DA EN UNA DE LAS COSAS QUE MÁ S TEMEMOS ENFRENTARNOS: "IATROGE NIA DENTAL".

EL HECHO DE ESTAR TRABAJANDO CON SERES HUMANOS NOS LLENA DE UNA GRAN RESPONSABILIDAD Y POR ELLO ES CONVENIENTE QUE TEN GAMOS UN BUEN CONOCIMIENTO EN LA MATERIA COMO LO ES LA ANATO MIA, PERIODONCIA, ETC.

DESGRACIADAMENTE A VECES NOS ES DIFÍCIL RECONOCER NUES-- TROS ERRORES, AÚ N A SABIENDAS DE QUE POR NEGLIGENCIA O POR -- FLOJERA LLEGAMOS A COMETER ERRORES CON ALCANCES INSOSPECHADOS

HOY COMO PROFESIONISTAS DEBEMOS TENER COMO OBJETIVO PRE PARARNOS LO MEJOR POSIBLE PARA ELABORAR UN MEJOR TRATAMIENTO Y OBTENER MEJORES RESULTADOS EN BENEFICIO DE NUESTROS PACIEN TES.

B I B L I O G R A F Í A .

- 1.- DIAMOND MOSES  
ANATOMÍA DENTAL.  
EDITORIAL U.T.H.E.A.  
3a. EDICIÓN.  
465 PÁGINAS.
  
- 2.- FROBISHER: SOMMER MEYER. GOODALE.  
MICROBIOLOGÍA Y PATOLOGÍA.  
EDITORIAL INTERAMERICANA  
5a. EDICIÓN.  
680 PÁGINAS.
  
- 3.- HORSFALL WILSON ALBERT  
REVISTAS Y FOLLETOS SOBRE ODONTOLOGÍA  
EL PASO TEXAS  
EDICIÓN ÚNICA.
  
- 4.- LEGARRETA JOSE LUIS  
CLÍNICA DE PARODONCIA  
PRENSA MÉDICA.  
EDICIÓN 1975  
150 PÁGINAS.

5.- MANSON J.D.

MANUAL DE PERIODONCIA.

EDITORIAL EL MANUAL MODERNO S.A.

EDICIÓN 1986, MÉXICO

239 PÁGINAS.

6.- MILLER JAY CH.

INCRUSTACIONES CORONAS Y PUENTES.

ATLAS DE PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS.

EDITORIAL MUNDI

1a. EDICIÓN

279 PÁGINAS.

7.- ROBBINS STANLEY L.

PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL.

EDITORIAL INTERAMERICANA.

2a. EDICIÓN.

1519 PÁGINAS.

8.- SHAFER G.W.

PATOLOGÍA BUCAL

EDITORIAL MUNDI

EDICIÓN 1978, BUENOS AIRES

579 PÁGINAS.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

-79-

9.- SCHLGER SAUL-PAGE ROY C.- YOU DELIS RALPH.

ENFERMEDAD PERIODONTAL.

EDITORIAL CONTINENTAL S.A. DE C.V.

EDICIÓN 1977