

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO**

PRESENTADO POR:

**DIANA ALVAREZ
RICARDO ATANACHE
GLORIA BETANCOURT
RICARDO JARAMILLO
LINDA MURIEL**

**ABRIL 2003
BOGOTA**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO**

PRESENTADO POR:

**DIANA ALVAREZ
RICARDO ATANACHE
GLORIA BETANCOURT
RICARDO JARAMILLO
LINDA MURIEL**

**PRESENTADO A:
DRA. NERY VILLOTA**

**ABRIL 2003
BOGOTA**

GLOSARIO

PROSTODONCIA: Es la rama de la odontología que trata sobre la restauración y el mantenimiento de la función comodidad aspecto y salud bucal del paciente mediante la restauración de los dientes naturales o el reemplazo de dientes faltantes y los tejidos bucales y maxilofaciales contiguos con sustitutos artificiales.

PROSTODONCIA REMOVIBLE: Es la rama de la prostodoncia que se ocupa del reemplazo de dientes y estructuras contiguas en pacientes desdentados o parcialmente desdentados mediante sustitutos artificiales que son removibles de la boca.

PROSTODONCIA FIJA: Es la rama de la prostodoncia concerniente al reemplazo o restauración de dientes mediante sustitutos artificiales que no son removibles de la boca.

PRÓTESIS: Es un reemplazo artificial de un faltante del cuerpo

CORONA: Es un reemplazo artificial que restaura tejido dentario faltante recubriendo la mayor parte de la estructura remanente o toda con un material metal colado, porcelana o una combinación de ambos.

CORONA COMPLETA: Es una restauración extra coronaria que abarca toda o casi toda la superficie de la corona clínica del diente

PRÓTESIS FIJA: Es una prótesis no removible rígidamente unida a un diente pilar o a varios dientes pilares para remplazar uno o varios dientes ausentes.

PILAR: Es el diente natural o dientes naturales generalmente 2 o más que sostienen la prótesis a los que esta unida.

ANCLAJE: Es la restauración generalmente una corona que reconstruye el diente pilar preparado mediante la cual el puente se une al pilar y la cual esta conectado al tramo.

TRAMO: Es el sustituto del diente perdido tanto estética como funcionalmente

UNION: Es la parte de la prótesis que une el retenedor con el tramo o que une las unidades individuales de la prótesis. Puede ser rígido como lo son el colado y la unidad soldada o no rígida como la unión en cola de milano.

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE: Es una prótesis que reemplaza dientes y estructuras contiguas en pacientes parcialmente desdentados. Pueden ser retiradas de la boca por el paciente para ser higienizada y para otros propósitos.

INTRODUCCIÓN

Por medio de este trabajo buscamos combinar todas las áreas de odontología para lograr un tratamiento que devuelva al paciente la estética y funcionalidad.

Es de vital importancia la interconsulta odontológica para que por medio de varios criterios lograr cumplir o satisfacer las necesidades odontológicas del paciente.

Se explicaran todas las complicaciones que se puedan presentar en la evolución de este y el cuidado que debe tener con la higiene oral después de finalizado el tratamiento.

Se busca a través de este caso clínico combinar las ramas de la odontología para llegar a un solo fin que es devolver la funcionalidad oral y estética de nuestra paciente. No solo se debe explicar el cuidado que debe tener con su rehabilitación final, si no también las causas por las cuales pudo haber fracasado su tratamiento anterior.

OBJETIVOS

- ❖ Mostrar en el ámbito de pregrado la importancia del manejo interdisciplinario en un caso clínico tan complejo; Para el futuro éxito del mismo.
- ❖ Señalar las causas más frecuentes del fracaso en un tratamiento de prótesis parcial fija.
- ❖ Aplicar los cuidados y normas que se deben tener en cuenta a la hora de realizar una prótesis parcial fija.
- ❖ Concientizar al paciente del cuidado que debe tener con su prótesis basándose en su higiene oral.
- ❖ Dar a conocer al paciente de las complicaciones que se pueden presentar en el transcurso del tratamiento

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

NOMBRE: Diocelina Jaime Hernández

EDAD: 47 años

OCUPACIÓN: Ama de casa

HISTORIA CLÍNICA N° : 441093

MOTIVO DE CONSULTA: "Se me cayo una fija hace un mes"

EXAMEN FISICO

PESO: 75 Kgs

RH: O+

ESTATURA: 1.76 mts

TEMPERATURA: 36.6 °c

PRESIÓN ARTERIAL: 110/70 mmhg

FRECUENCIA CARDIACA: 64pxmin

ANAMNESIS

HISTORIA MEDICA FAMILIAR: Madre fallecida hace 6 años por problema pulmonar, hija artrítica, hija hipoglicemica.

HISTORIA MEDICA PERSONAL: Cirugía de peritonitis hace 20 años, cesaría hace 6 años, astigmatismo controlado.

ATENCIÓN RECIBIDA:

En la policlínica: periodoncia

Operatoria

Cirugía

Prostodoncia

Endodoncia

HIGIENE ORAL: regular 3 veces al día

EXAMEN FÍSICO ORAL:

Reborde alveolar anormal discontinuo

Gingiva inflamada

Al examen físico craneomandibular de síntomas cardinales no presenta ninguna alteración; de igual manera al examen de articulación temporomandibular tampoco reporta alteración.

EXAMEN DE MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Apertura : 48 mm

Protrusión: 6mm

Lateralidad izquierda: no aplicable

Lateralidad derecha: 6mm

EXAMEN DENTARIO/ ARMONIA Y DESARMONIA

Clasificación de angle: no aplicable tanto derecha como izquierda.

Simetría facial

Overbite: 3mm

Overjet: 3mm

Línea media dentaria: normal

Facetas de desgaste: anteriores inferiores

Ausencias dentarias: 18,17,16,15,12,22,24,26,27,28,38,37,36,35,45,46,47,48

Primer contacto dentario: 14/44

Dimensión vertical postural. 62

Dimensión vertical oclusal : 60 Espacio libre :2mm

EXAMEN PERIODONTAL

El color de la encía es rojo con margen discontinuo, consistencia blanda, textura acolchada, grosor aumentado y papilas achatadas. Presenta cálculos sub-supra gingivales.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

14	TCC bien realizado núcleo pilar PPF-cantiliver 2 unidades
13	TCC bien realizado pilar de PPF
11	TCC bien realizado pilar de PPF
21	Periodontitis apical crónica

23	Periodontitis apical crónica
25	Periodontitis apical crónica
43	Imagen radiopaca compatible con una restauración de bajo peso molecular desadaptada
34	Imagen radiopaca compatible con una obturación de bajo peso molecular

DIAGNOSTICOS

	DX DEFINITIVOS	ETIOLOGIA	PRONOSTICO
GENERALES	Peritonitis astigmatismo	problema de refracción	Bueno
CRANEOMANDIBULARES	Desarmonia oclusal	Ausencias dentarias	Bueno
ORALES TEJ BLANDOS- OSOES	Colapso óseo tipo III sup-inf	Exodoncias	Bueno
PERIODONTALES	Gingivitis asociada a placa	Acumulo de placa bacteriana	Bueno
DENTALES	Caries recurrente 43 V	Restauración desadaptada	Bueno
ENDODONTICOS	TCC 21-23-25-	Exposición al medio ambiente	Bueno

TRATAMIENTO A REALIZAR

PERIODONCIA	Terapia básica
CIRUGÍA	Alargamiento de coronas hemimaxilar sup cuñas dístales, óseo plastia leve de espacios edentulos.
ENDODONCIA	TCC 21-23-25
OPERATORIA	Resina 43 V
PROSTODONCIA	Núcleo 13-21-23-25, CCC 14 PPF 11-13, PPF 21-23- 25, PPR sup y PPR inf
MANTENIMIENTO	Terapia de mantenimiento periodontal

PRÓTESIS PARCIAL FIJA

DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Objetivo: el objetivo es conservar los dientes remanentes y preservar sus tejidos de soporte logrando el mejor efecto estético posible.

Indicaciones: esta indicada todas las veces que haya dientes adecuadamente distribuidos y sanos que sirvan como pilares, siempre que estos tengan una relación adecuada entre corona y raíz, basándose en radiografías, modelos de diagnostico y exámenes bucales que muestren la capacidad de soportar una carga agregada.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DISEÑO

Longitud de la corona: que la longitud cervico-oclusal sea adecuada para que obtenga retención suficiente.

Forma coronaria: la convergencia de las coronas hacia oclusal interviene en el paralelismo del tallado

Grado de multiplicación: El tamaño, ubicación de la caries y de la restauración en un diente condiciona a sí la colocación de retenedores; o extracciones indicadas en un determinado caso modificando el diseño original.

Forma y longitud radicular: Los dientes pilares deben dar estabilidad, esta requiere anclaje en cantidad y calidad de hueso adecuado para resistir las fuerzas oclusales que serán transmitidas a los dientes pilares. Las raíces

paralelas soportan mejor las fuerzas oclusales que las raíces cónicas y lisas; de igual manera los multirradiculares ofrecen más retención que los unirradiculares. Relación corona raíz: Esta relación aproximada de 1-1.5 determinara si ese diente podrá soportar una prótesis parcial fija y más cuando sobre la prótesis actuaran fuerzas vestibulo lingual.

Ley de Ante: " El área del ligamento periodontal total de los dientes pilares debe ser igual o exceder la del diente o dientes a remplazar".

Salud periodontal: La inadecuada salud periodontal suele generar perdida ósea que altera la capacidad de un diente de soportar una prótesis fija o determina el aumento en la cantidad de pilares.

Movilidad: Dientes con movilidad superior a la normal muchas veces sirven como pilares para una prótesis parcial fija y no deben ser descartados automáticamente, hay que evaluar la magnitud de la movilidad y su causa pero debe tomarse en cuenta el numero de dientes a remplazar. Si tiene relación la movilidad con contactos oclusales deben ser eliminados y se restaurara en tramos cortos, si es por perdida ósea se evaluara el grado y se mirara que carga oclusal para determinar si se tomara como pilar o no.

Extensión del tramo: La distancia entre pilares afecta la factibilidad de colocar una prótesis parcial fija cuando la ausencia es superior a 3 dientes contiguos, exige una evaluación rigurosa de los factores anterior mente mencionados.

Alineación axial: Las coronas de los pilares deben estar lo suficientemente alineados para que en ellos se pueda hacer tallado retentivo. La malposición puede impedir la colocación de la prótesis parcial fija.

Forma del arco: Una curvatura de los arcos suele ubicar el tramo hacia la línea de fulcro trazada entre los dientes inmediatamente adyacentes a la zona desdentada. Esta relación crea un brazo de palanca que puede ejercer fuerzas excesivas en los pilares cuando la oclusión se hace en el tramo, estas fuerzas pueden exceder la capacidad de los dientes de soportar la inclinación; según sea la longitud del brazo de palanca y la magnitud de la fuerza aplicada.

Oclusión: Las fuerzas oclusales ejercidas sobre una prótesis guardan relación con el grado de actividad muscular, los hábitos del paciente, como el bruxismo, el número de dientes por remplazar, el brazo de palanca que actúa sobre el puente y el soporte óseo. Las fuerzas oclusales excesivas llegan aflojar la prótesis a través de la flexión o inducen la fractura cuando hay un componente cerámico. Las fuerzas también causan movilidad dentaria, particularmente cuando el soporte óseo está disminuido.

Salud pulpar: cuando la salud pulpar de los dientes pilares está resentida se hará el tratamiento endodóntico antes de tallar los dientes. En la mayoría de los dientes con tratamiento endodóntico se requiere retenedores de cobertura total para llevar al mínimo las probabilidades de fractura.

Forma de reborde alveolar: cuando hubo una pérdida considerable de reborde alveolar, como suele ocurrir con la pérdida de dientes causada por lesiones traumáticas, el espacio puede ser demasiado extenso como para permitir la colocación de tramos de tamaño y longitud normales.

Edad del paciente: las prótesis fijas suelen estar contraindicadas en bocas de adolescentes cuando los dientes no han erupcionado o cuando las pulpas son excesivamente grandes y contraindican preparaciones retentivas si el estado de los dientes pilares exigen restauraciones de cobertura total se considera la posibilidad de prótesis fija.

Fonética: El remplazo de los dientes ausentes con prótesis fija suele proporcionar la suficiente resistencia al aire como para dejar que se produzcan los sonidos normales del habla. Sin embargo, el diseño de ciertos tramos o la existencia de un defecto grande en el hueso alveolar puede no favorecer la fonética normal también como lo hace una prótesis parcial removible.

LOS ERRORES MÁS COMUNES EN PRÓTESIS PARCIAL FIJA

DR ARMANDO DORANTES

La tendencia de la odontología moderna desde hace 10 años o más es muy clara: Prevención.

Sin embargo la mayoría de nosotros nos enfrentamos diariamente a la necesidad de restaurar dientes que no fueron agraciados por esta tendencia.

La prótesis dental es una disciplina que poco a poco se convertirá en innecesaria, pero da muestras de resistirse a desaparecer rápidamente. Nos quedan aun muchas generaciones de odontólogos que la practicaran, antes de que las medidas preventivas eviten la necesidad de restaurar.

El numero de pacientes que requieren ser rehabilitados con el uso de prótesis es muy abundante, mucho más en países como el nuestro en el que el grado y la calidad de la educación son muy deficiente en comparación con las naciones más desarrolladas. Un tratamiento exitoso le devuelve al paciente muchas de sus capacidades y características funcionales correctas en ámbitos tan diferentes como el emocional o el funcional, por nombrar solo los extremos; nos hemos enfrentado a casos en la que la prótesis a causado mayores daños que los que ha resuelto.

En términos generales el ser humano incorpora conocimientos a su haber más fácilmente y de mejor calidad cuando aprende de sus errores, de manera que ahora pretendo hacer un diagnostico muy general de las causas más comunes de fracaso cuando elaboramos prótesis parcial fija.

Es de vital importancia observar como un principio:

Diagnostico: las expectativas del paciente y las técnicas.

El Diagnostico. De todas las causas de error a las que nos podemos ver expuestos cuando realizamos prótesis en nuestros pacientes, las que se refieren a un diagnostico inadecuado son las más graves e importantes.

La base de un tratamiento exitoso debe tener un diagnostico adecuado, en el que interviene siempre la experiencia de quien lo realiza, sin embargo contamos con elementos de ayuda para limitar las posibilidades de error que no debemos pasar por alto.

Los siguientes auxiliares son de vital importancia:

❖ Radiografías: con cuya ayuda podemos evitar:

- a. No realizar tratamiento de endodoncia cuando la pulpa esta involucrada con caries.
- b. No realizar tratamiento de endodoncia cuando el desgaste que es necesario para la confección de la prótesis comprometerá a la pulpa.
- c. No sustentar prótesis sobre dientes pilares que no cuentan con la necesaria salud periodontal.
- d. No conservar objetos o estructuras extrañas en las zonas aledañas.

❖ Modelos de estudio: que nos evitaren:

- a. Planear restauraciones que resulten muy voluminosas o por el contrario, dientes demasiado pequeños para el espacio a restaurar.

- b. Iniciar tratamientos sin una idea más o menos real del resultado final.

❖ Examen clínico minucioso: sin el que podríamos:

- a. No realizar tratamientos quirúrgicos previos indispensables para la fase protésica.
- b. Equivocar la elección del tipo de restauración en virtud del tipo de sonrisa del paciente.
- c. Fracasos a causa de fuerzas de masticación excesiva o para funciones no detectadas.
- d. Realizar prótesis en presencia de cálculo y placa.
- e. Sobre todo y mucho más importante que los puntos que antecede ha esta observación detallada de la cara del paciente. Como habla, como se ríe, que longitud de los dientes se ve con los movimientos de los labios, la forma de la cara, el color de los ojos, de la tez. La observación a conciencia.

❖ Elección del tipo de restauración:

- a. Cada una de las posibilidades y materiales tiene sus particulares aplicaciones y restricciones. Resulta muy común que nos limitemos al uso de los que conocemos más ampliamente, pero que no son convenientes para todos los casos. Todos hemos visto restauraciones cerámicas en caras oclusales de pacientes con bruxismos acentuados, que si no terminan fracturándose, desgastan desmesuradamente los dientes naturales antagonistas y dañan las articulaciones temporomandibulares a largo plazo.
- b. La diversificación de las posibles técnicas y materiales resulta de vital importancia.

Una de las claves del éxito en el resultado final de cualquier prótesis es, sin lugar a dudas una excelente impresión. La prostodoncia actual exige siliconas que aun en situaciones adversas reproduzcan los detalles precisos de la boca.

Se debe tener en cuenta tres características principales a la hora de elegir un material de impresión:

1. La estabilidad en cuanto a las dimensiones.
2. La precisión.
3. La posibilidad de reproducir detalles finos

PROBLEMAS POSTERIORES A LA CEMENTACIÓN DE UNA PRÓTESIS PARCIAL FIJA

Las maniobras clínicas de la confección e inserción de una prótesis parcial fija llagan a generar una variedad de reacciones en la pulpa dental, los tejidos periodontales, y las estructuras anatómicas circundantes. Se consideran que algunas de las reacciones pulpares y periodontales son normales y son pasajeras sin dejar trastornos importantes.

Entre algunos síntomas esta:

- ❖ Sensibilidad térmica
- ❖ Molestias durante la masticación
- ❖ Inflamación gingival
- ❖ Retención de alimentos
- ❖ Traumatismos del carrillo o de la lengua
- ❖ Sensibilidad al dulce
- ❖ Movilidad dentaria
- ❖ Molestias neuromusculares

❖ Molestias inespecíficas

Sensibilidad dentaria. Después del cementado de prótesis parciales fijas las molestias pulpares por cambios térmicos son frecuentes. Son el resultado de la remoción de esmalte y dentina, que poseen propiedades aislantes y su reemplazo por metal que es un excelente conductor térmico.

Suele aparecer cierta sensibilidad al frío después de la inserción de una restauración colada y se considera que es una reacción normal. La duración de este efecto varia entre uno días o varios meses hasta que desaparece. La magnitud y duración de esta sensibilidad aumenta cuando la restauración esta muy cerca de la pulpa.

Molestias durante la masticación. El dolor experimentado cuando se ejercen fuerzas oclusales sobre la prótesis al masticar suelen ser causadas por un contacto oclusal prematuro en céntrica o por el contacto excesivo durante los movimientos mandibulares. El ajuste oclusal de los puntos lesivos alivia el dolor. La sensibilidad a la percusión también puede ser el producto de contactos oclusales céntricos o excéntricos intensos. Si se detenta y se ajusta a la oclusión defectuosa, hay alivio de la oclusión. Las alteraciones oclusales que no se corrigen pueden conducir a lesiones pulpares irreversibles. Un diente que estuvo fuera de función oclusal durante largo tiempo inicialmente puede presentar molestias durante la masticación cuando la prótesis le restituye la función normal.

Inflamación gingival. Los procedimientos clínicos relativos a la confección de una prótesis fija suele causar irritación gingival, pero si se le realiza con cuidado y el paciente mantiene una buena higiene oral durante el tratamiento, el efecto es

mínimo y el tejido blando retoma rápidamente a la normalidad. La inflamación que se manifiesta después del cementado definitivo de la prótesis, seguramente tiene que ver con fallas en el contorno cervical, de adaptación marginal o de la forma de los lechos protésicos. También se desarrolla con la inadecuada enseñanza de la higiene oral o por que el paciente lo hace mal.

Retención de alimentos. La acumulación de alimentos alrededor de los ponticos y conectores o la adherencia de ciertos alimentos a la prótesis es inevitable. Sin embargo la enseñanza correcta de las técnicas de higiene oral ayuda a que el paciente elimine sustancias extrañas y prevengan la destrucción de tejidos periodontales. El empaquetamiento frecuente de alimentos entre un pilar y el diente vecino es causado por malas relaciones oclusales o la falta de contactos proximales adecuados. Una cúspide antagonista a veces ocluye con los rebordes adyacentes que separa los dientes y acuña alimentos consistentes en el espacio interproximal.

Traumatismo del carrillo o la lengua. El carrillo o la lengua se irritan por el contacto con las zonas agudas o mal pulidas de una prótesis. El mordisqueo del carrillo o la lengua puede ocurrir durante la masticación debido a la ubicación de los ponticos en lugares donde nunca antes hubo impedimento alguna para la entrada del carrillo o la lengua. Este problema suele ser pasajero y disminuye cuando los músculos se acostumbran otra causa en el mordisqueo del carrillo es una relación cúspide a cúspide o de borde a borde sin el resalte normal. El resalte evita que el tejido blando sea aprisionado entre las superficies oclusales y lastimado durante la masticación. Cuando este tipo de relación es inevitable puede ser necesario redondear las cúspides para evitar traumatismos.

Sensibilidad a los dulces. La molestia al comer alimentos que contengan azúcar que experimenta el paciente después de colocada la prótesis puede deberse a que esta no cubre completamente todas las superficies dentarias talladas. También hay sensibilidad al dulce cuando una parte importante del cemento se disuelve o cuando un anclaje se afloja. Si sucede esto es necesario hacer otra prótesis parcial fija. Una caries en un diente pilar o en una zona cercana también produce sensibilidad a los dulces.

Movilidad dentaria. La movilidad de una prótesis tiene origen en una relación oclusal inadecuada que genera contactos oclusales intensos o particularmente en una interferencia oclusal excéntrica. La sobre carga de una prótesis genera alteraciones en el ligamento periodontal y el hueso de soporte, los cuales aumentan la movilidad. El ajuste oclusal elimina las fuerzas excesivas y suele llevar la movilidad hasta niveles normales. Cuando el soporte óseo es inadecuado, puede haber movilidad en la prótesis aun cuando no hayan fuerzas Oclusales excesivas. La movilidad de esta naturaleza es un problema serio si sigue aumentando debido a la combinación de fuerzas ejercidas y la falta de un adecuado soporte óseo para la prótesis fija. Entonces puede ser necesario realizar una prótesis parcial removible de fijación bilateral a los dientes debilitados al apoyarse en pilares de otras zonas del arco.

Molestias neuromusculares. Las molestias musculares causadas por una prótesis fija deben ser consideradas como un problema serio y las correcciones han de ser hechas de inmediato. El dolor de la articulación temporomandibular los músculos relacionados con ella, puede originarse en la oclusión alterada para la prótesis parcial fija. Este tipo de molestia suele ser causada por contactos oclusales en la prótesis que no permiten que los restantes dientes contacten de manera normal.

Molestias inespecífica. Algunos pacientes pueden no quejarse específicamente de dolor pero sienten que tienen la prótesis y que algo es diferente o algo incomodo. Este malestar puede provenir de fuerzas adicionales ejercidas sobre un pilar, una ligera discrepancia oclusal o simplemente la presencia de un diente artificial que ocupa una zona que antes estaba vacía. Otras quejas inespecíficas se relacionan con aspectos de la prótesis que los pacientes no les gusta (como el estético) pero de los que no quieren hablar. Se sabe que los aspectos económicos dan lugar a quejas inespecíficas.

FRACASOS CLINICOS POR PROBLEMAS OCLUSALES

Los contactos oclusales interferentes causan excesiva movilidad dentaria. Si esto se detecta a tiempo, la interferencia es eliminada por el ajuste oclusal sin que deje una lesión permanente. Sin embargo, la oclusión traumática de dientes debilitados por la enfermedad periodontal o la persistencia de interferencias oclusales en dientes con soporte óseo normal genera una movilidad que no se reduce o desaparece con el ajuste de una zona en interferencia.

Puede ser necesario retirar la prótesis y sujetar los dientes bilateralmente con una prótesis parcial removible. A veces, la combinación de una excesiva movilidad y soporte óseo reducido exige la extracción del diente pilar. La presencia de contactos oclusales interferentes también causan lesiones pulpares irreversibles que requieren tratamiento endodóntico.

INTERCONSULTA CON PERIODONCIA PARA POSTERIOR TRATAMIENTO DE PRÓTESIS PARCIAL FIJA

Unión dentogingival y espesor biológico:

Unión dentogingival: Anatomía y fisiología

Epitelio de unión, adherencia epitelial

Fibras gingivales

Desarrollo del área del surco gingival

Cutículas dentales

Epitelio de unión:

1. Banda o collar de epitelio escamoso estratificado no queratinizado formado por una capa basal y una capa espinosa.
2. Se forma inicialmente con tres o cuatro capas que aumenta con la edad hasta 10 a 20 capas.
3. Longitud promedio de 0.25 a 1.35 mm
4. Se une al diente por medio de la adherencia epitelial y por una lamina basal que esta compuesta por una lamina densa y una lamina lucida.
5. Presenta una continua renovación (sistema de defensa).
6. Provee un sellado contra la entrada de bacterias.
7. Posee células claras, no posee melanocitos y polimorfonucleares.
8. Posee potencial de queratinizarse.

El epitelio de unión posee tres zonas :

- ❖ Zona coronal: Permeabilidad aumentada y aumentados los espacios intercelulares
- ❖ Zona media: Gran adhesión (glucoproteinas y polisacaridos) y alto numero de hemidesmosomas.

❖ Zona apical: Pocos hemidesmosomas y alto número de células germinativas.

El espesor biológico está formado por:

1. unión dentogingival que es la unidad funcional de unión encía diente formada por:
 - a. Epitelio de unión
 - b. Fibras gingivales
2. Surco gingival

Desarrollo del surco gingival:

- a. Ya formado el esmalte
- b. Epitelio reducido del esmalte
- c. Adhesión por láminas basales (hemidesmosomas)
- d. Epitelio reducido del esmalte se une al epitelio bucal
- e. La parte interna del epitelio reducido del esmalte: ameloblastos reducidos son reemplazados por epitelio escamoso.
- f. Al erupcionar se forma el surco.

Cutículas dentales: Matriz acelular (entre diente y epitelio de unión, no siempre se encuentra).

1. Adquiridas:
 - a. Exógenas: saliva, bacterias, cálculo y manchas
 - b. Endógenas: ameloblastos residuales
2. Origen progresivo:
 - a. Epitelio reducido del esmalte
 - b. Cemento coronal (afibrilar)

Importancia del control de placa. El control de placa bacteriana en periodoncia consiste en la remoción efectiva y periódica de la placa dental, la cual es una película pegajosa y blanquecina que se adhiere a los dientes cuando no se ha realizado una higiene oral adecuada. Lo más importante en la higiene dental diaria es la remoción mecánica de esta placa bacteriana, lo cual se logra principalmente con una buena técnica de cepillado y un adecuado uso del hilo dental.

CIRUGÍA PERIODONTAL.

Son todos los procedimientos periodontales que comprenden el corte o remoción de tejidos blandos y duros de las estructuras de soporte de los dientes. El objetivo principal de la cirugía periodontal es exponer las superficies radiculares inaccesibles tales como las relacionadas con bolsas profundas o furcaciones; si una pieza dental presenta una profundidad del surco gingival se requiere diferentes pasos en el tratamiento periodontal según el tipo de daño y de profundidad que presenta. Primero se realiza una fase higiénica para controlar la infección y estabilizar el periodonto, si la profundidad es mayor se requiere de mayor acceso a las áreas dañadas más profundas, para eliminar los agentes causantes del daño y corregirlo.

CIRUGÍA PARA ALARGAMIENTO DE CORONA

Para la realización de una corona protésica o individual se necesita una distancia mínima de 5 mm para poder la preparación de dicha corona y lograr una retención adecuada de ella en el diente en algunas ocasiones no se cuenta con la longitud necesaria para realizar las preparaciones de coronas y es una de las situaciones donde la periodoncia puede colaborar con el área de prótesis y

rehabilitación, para ella debe tomarse en cuenta el espesor biológico periodontal, se debe respetar aproximadamente 3mm como mínimo entre la cresta ósea y el futuro margen de la preparación protésica por lo que se pueden utilizar dos tipos de técnicas quirúrgicas periodontales como lo son:

Gingivectomía: Excisión de encía únicamente, sin acceso a tejido óseo; esta se utiliza solo si estamos seguros que tiene una distancia de tres milímetros entre la cresta ósea y el futuro margen de la preparación.

Cirugía a colgajo posicionado apical con o sin cirugía ósea receptiva: Con acceso al tejido óseo y su posible recontorneo para lograr obtener la distancia necesaria para respetar el espesor biológico, proporcionando una mayor longitud de estructura dentaria para una apropiada preparación de la futura corona.

Se debe tomar en cuenta:

- ❖ La longitud corona raíz que quedara con el procedimiento a realizar
- ❖ La relación oclusal con las piezas antagonistas
- ❖ La relación estética con las piezas vecinas
- ❖ La estabilidad de la pieza dentaria a tratar
- ❖ La relación de la cirugía periodontal programada con el área de furcación y el tronco radicular

Indicaciones:

- ❖ Hiperplasia gingival
- ❖ Corona clínica corta
- ❖ Fractura dentaria subgingival
- ❖ Caries subgingival
- ❖ Perforaciones
- ❖ Reabsorción radicular externa

- ❖ Dientes no erupcionados
- ❖ Salida pasiva tardía

Limitaciones:

- ❖ Proporción corona raíz inadecuada
- ❖ Exposición de las furcas
- ❖ Valor estratégico y posición en la arcada del diente
- ❖ Necesidades restaurativas posteriores
- ❖ Consideraciones fonéticas y estéticas
- ❖ Oclusión
- ❖ Higiene oral
- ❖ Presencia de encía queratinizada

CIRUGÍA GINGIVAL ESTETICA

Recontorneo Estético En Piezas Anteriores

El concepto de piezas dentales estéticas, principalmente en el sector antero superior es de poseer dientes largos y delgados con una relación largo-ancho de 80/20.

Por lo que se pudiera considerar estético: incisivos centrales superiores de 10 a 11 mm de longitud coronal incisivos laterales superiores de 8 a 9 mm de longitud coronal caninos superiores de 10 a 11 mm de longitud coronal, en este caso observamos dientes pequeños en anterosuperiores poco estéticos posterior al procedimiento de recontorneo cosmético se observan dientes más largos y estéticos con el fin además de la preservación de las papilas.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Incisiones: Submarginales y festoneadas para preservar la mayor cantidad de papila interdental. Incisión con bisel invertido con un bisturí número 15. A la hora de practicar las incisiones debe tenerse en cuenta: La cantidad de encía queratinizada presente, la profundidad de bolsa, la forma y número de raíces y cantidad de alargamiento necesario.

Colgajo. Debe levantarse un colgajo mucoperiostico de espesor total que atraviesa la línea mucogingival, limpiar el collar marginal y el tejido de granulación.

Osteoplastia y Osteotomía. Para obtener la suficiente cantidad de estructura dentaria sana (debe haber una distancia mínima de 3 mm desde la cresta alveolar hasta el margen de la futura restauración).

Sutura. Hay que suturar el colgajo en sentido apical, procurando la mayor adaptación de las papilas. A veces se requiere sutura periostica .

Ventajas. Se obtiene una mejor retención clínica para colocar una corona. Facilita la higiene oral de dientes con restauraciones o prótesis.

Desventajas. Se altera la proporción corona raíz las piezas adyacentes también pierden soporte óseo la raíz tiene menor diámetro que la corona.

Instrumental:

- ❖ Bisturí número 12 y 15
- ❖ Periostotomo

- ❖ Curetas
- ❖ Fresa redonda de tungsteno
- ❖ Cinceles de hueso
- ❖ Sutura tres 000 o cuatro 0000 de seda
- ❖ Porta agujas
- ❖ Tijeras

Instrucciones posquirúrgicas. Deben enjuagarse con digluconato de clorhexidina 2 veces al día durante un minuto durante 2 semanas, debe cepillarse los dientes suavemente en la zona quirúrgica apartir de los dos días, tras la extracción de la sutura a la semana aproximadamente debe empezar a pasarse el cepillo interproximal y el estimulador gingival para el mantenimiento de una buen higiene.

Analgésicos durante las primeras 24 horas.

BIBLIOGRAFIA

Charles J. Goodacre D.D.S, M.S.D.. Enfoque Moderno en Prótesis Fija. Cuarta ED. Editorial Mundi, Paraguay. 567 Pág. 1998.

Robert J. Genco. Enciclopedia periodoncia. Vol. 4 Editorial interamericana – McGraw-Hill. México 770 Pág. 1999.

http://www.gacetadental.com/foyci/foyci_texto.asp?d1=diciembre_2001/ciencia/&d2=6&... 18 de marzo del 2003 .

<http://www.periodoncia.com.sv/periodoncia/casosclinicos.DrAdrianAvendaño.htm>

Pediatric Dentistry: chapter 4. Volume 16 Number 3. May/June 1994.