

**PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**

**LIBARDO PINZÓN  
SANDRA MADERO  
ERIKA BEJARANO  
CLAUDIA ORNOÑEZ  
YAIRA CAÑAS**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
ODONTOLOGÍA INTEGRADA IV  
X SEMESTRE  
BOGOTÁ D.C.  
2003**

## **PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**

|                        |               |
|------------------------|---------------|
| <b>LIBARDO PINZÓN</b>  | <b>021178</b> |
| <b>SANDRA MADERO</b>   | <b>021813</b> |
| <b>ERIKA BEJARANO</b>  | <b>021368</b> |
| <b>CLAUDIA ORNOÑEZ</b> | <b>021379</b> |
| <b>YAIRA CAÑAS</b>     | <b>021385</b> |

**Presentado a  
Dra. NERY VILLOTA**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
ODONTOLOGÍA INTEGRADA IV  
X SEMESTRE  
BOGOTÁ D.C.  
2003**

## CONTENIDO

Pág.

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN                                         | 5  |
| OBJETIVOS                                            | 6  |
| INFORMACIÓN GENERAL                                  | 7  |
| 1. PERIODONTITIS                                     | 10 |
| 1.1 EVALUACIÓN DE LA PERIODONTITIS                   | 10 |
| 1.2 CLASIFICACIÓN                                    | 10 |
| 1.3 CARACTERÍSTICAS                                  | 10 |
| 2. DESORDENES CRANEOMANDIBULARES                     | 12 |
| 2.1 DESORDEN NOUNOMUSCULAR                           | 12 |
| 2.2 DESORDENES TEMPOROMANDIBULARES                   | 13 |
| 2.3 DESORDENES ÓSEOS RELACIONADOS                    | 13 |
| 2.4 DESORDENES MAXILO-DENTARIOS                      | 13 |
| 3. CORONA COMPLETA                                   | 14 |
| 3.1 VENTAJAS                                         | 14 |
| 3.2 DESVENTAJAS                                      | 14 |
| 3.3 INDICACIONES                                     | 14 |
| 4. ALARGAMIENTO DE CORONA                            | 15 |
| 4.1 INDICACIONES DEL ALARGAMIENTO DE CORONA          | 15 |
| 4.2 CONTRADICCIONES DEL ALARGAMIENTO DE CORONA       | 18 |
| 4.3 MÉTODOS PARA CONSEGUIR UN ALARGAMIENTO DE CORONA | 18 |

|                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.4 VENTAJAS:                                                                                                         | 20 |
| 4.5 DESVENTAJAS                                                                                                       | 20 |
| 4.6 ESTABILIDAD DEL MARGEN GINGIVAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA Y<br>PREVIAMENTE A LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS DEFINITIVA. | 20 |
| 4.7 PROBLEMAS RESTAURADORES POSTERIORES AL ALARGAMIENTO DE<br>CORONA                                                  | 21 |
| 5. PRÓTESIS PARCIAL FIJA                                                                                              | 22 |
| 5.1 DIAGNÓSTICO                                                                                                       | 22 |
| 5.2 EVALUACIÓN DE LOS PILARES                                                                                         | 23 |
| 5.3 PRINCIPIOS FÍSICOS DE LA RETENCIÓN                                                                                | 23 |
| 5.4 CLASIFICACIÓN DE LOS RETENEDORES                                                                                  | 24 |
| 5.5 PARALELISMO                                                                                                       | 25 |
| 5.6 VIA DE INSERCIÓN                                                                                                  | 25 |
| 5.7 REQUISITOS                                                                                                        | 25 |
| 5.8 INDICACIONES                                                                                                      | 25 |
| 5.9 CONTRAINDICACIONES                                                                                                | 26 |
| 6. COLESTEROL                                                                                                         | 27 |
| 7. TRIGLICERIDO                                                                                                       | 28 |
| 8. TORUS                                                                                                              | 29 |
| BIBLIOGRAFÍA                                                                                                          | 30 |

## **INTRODUCCIÓN**

En el presente caso clínico se practica una serie de posibilidades de tratamiento odontológico para un paciente con algunos antecedentes sistémicos como colesterol y triglicéridos elevados, a nivel intraoral presenta un Torus mandibular bilateral, desdentado bilateral posterior (clase I Kennedy) dimensión vertical disminuida producto de desgaste interoclusal a causa de hiperactividad muscular (bruxismo)

## **OBJETIVOS**

1. Presenta en un caso clínico diferentes alternativas de tratamiento odontológico.
2. Analizar los tratamientos de prostodoncia más conocidos.
3. Proponer cual es el tratamiento odontológico más indicado de acuerdo a la necesidad y posibilidades del paciente.

**INFORMACIÓN GENERAL**

**NOMBRE:** Carlos H. Madero Gómez

**EDAD:** 57 años

**RAZA:** Trigueña

**SEXO:** Masculino

**OCUPACIÓN:** Comerciante

**M.C.** "Quiero que me arreglen la dentadura"

➤ **EXAMEN FÍSICO**

**PESO:** 82 Kg.

**TEMPERATURA:** 36°C

**PRESIÓN ARTERIAL:** 130/90 mm Hg

**PULSO:** 70 pulsaciones por minuto

➤ **HISTORIA MÉDICA**

**FAMILIAR:** Padre murió de cáncer en la piel y la madre de A.C.V.

**PERSONAL:** Triglicéridos y colesterol altos stopit 600 mg 1 diaria.

➤ **HISTORIA DENTAL**

**TRATAMIENTOS RECIBIDOS**

**PERIODONCIA:** Terapia Básica

**EXODONCIAS:** 18, 16, 26, 36, 37, 38, 46, 47, 48, 12, 41, 14

**OPERATORIA:** Resina 17 (o), resina 28 (OVD)

**PROSTODONCIA:** P.P.F. 13-15

P.P.F. 23-27

C.C.C. 35

➤ **FISIOTERAPIA ORAL**

**FRECUENCIA DE CEPILLADO:** 2 veces al día

**TIPO DE CEPILLO:** Colgate cabeza mediana, cerdas duras.

**DENTÍFRICO:** Colgate Total

**OTRAS AYUDAS:** Ninguna

➤ **EXAMEN CRANEOMANDIBULAR**

**CLASIFICACIÓN DE ANGLE:** No aplicable

**OVERBITE:** 2 mm

**OVERJET:** 2 mm

**RELACIÓN CANINA:** Derecha III  
Izquierda I

➤ **LATERALIDAD DERECHA:** 4 mm

➤ **LATERALIDAD IZQUIERDA:** 5 mm

➤ **PROTRUSIÓN:** 4 mm

➤ **ALTERACIÓN DEL MOVIMIENTO:** Confluente

➤ **RUIDO ARTICULAR:** Clicking

➤ **HÁBITOS.** Bruxismo

➤ **DESARMONÍA OCLUSAL:** Giroversión 43, 17

➤ **AUSENCIA DENTARIA:** 36, 37, 38, 46, 47, 48, 26, 16, 18

➤ **FOSETAS DE DESGASTE:** 11, 12, 21, 22, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43, 44, 45.

➤ **DIASTEMAS:** 11/21

➤ **EXAMEN PERIODONTAL**

**LABIOS:** Normal

**FRENILLOS:** Normal

**CARRILLOS:** Normal

**GINGIVA:** Edematizada, roja, papilas achatadas.

➤ **DIAGNÓSTICO**

**GENERALES:** Hiperlipoproteinemia

**CRANEOMANDIBULARES:** Desordenes neuromuscular de tipo hiperactividad muscular (bruxismo)  
Desordenes temporomandibulares de tipo articular.

**PERIODONTALES:** Periodontitis crónica con pérdida de soporte de leve a moderado.

**DENTALES:** Restauraciones desadaptadas, facetas de desgaste, ausencias dentarias.

**ORALES TEJIDOS BLANDOS Y ÓSEOS:** Torus mandibular lingual

**PRONOSTICO:** Inferior: clase I de Kennedy, limitante 35 y 45

➤ **TRATAMIENTO IDEAL**

**PERIODONCIA:** Terapia básica

**OCLUSIÓN:** Placa neuromiorelajante

**ENDODONCIA:** TCC 12, 11, 21, 22

**PROSTODONCIA:** Núcleo 12, 11, 21, 22

**PERIODONCIA:** Alargamiento coronal sextante II

**PROSTODONCIA:** PPF 13-15 Y 23-27

C.C.C. de 12, 11, 21, 22 y 34 y 35, 44 y 45 ferulización

**OPERATORIA:** Reconstrucción en resina de bordes incisales sextante V

**OCLUSIÓN:** Terapia de mantenimiento

➤ **TRATAMIENTO A REALIZAR**

**PERIODONCIA:** Terapia Básica

**ENDODONCIA:** T.C.C. 11, 12, 21, 22

**OPERATORIA:** Amalgama (o) 17, (ODV) 28

Resina incisal 31, 32, 41, 42, 43, 33

**PROSTODONCIA:** Núcleo 11, 12, 21, 22

C.C.C. 11, 12, 21, 22

C.C.C. ferulizada 34-35, 44-45

P.P.F. 13-15, 23-27

**OCLUSIÓN.** Placa neuromiorelajante

**MANTENIMIENTO:** Terapia de soporte y apoyo

## **1. PERIODONTITIS**

Es una entidad infecciosa, donde el epitelio de unión migra sobre la superficie radicular apical, los cambios de tejido conectivo que se observan en la lesión establecida se diseminan en dirección apical así que las fibras colágenas dentolinguales y dentoalveolares se observan afectadas, de esta manera hay destrucción del ligamento periodontal y disminución en la altura de la creta ósea.

### **1.1 EVALUACIÓN DE LA PERIODONTITIS**

- Radiografía periapical: para evaluar pérdida ósea
- Sondaje: para determinar el nivel de inserción, resecciones y extrusiones.
- Antecedente familiar
- Higiene oral y dieta
- Diagnóstico dental.

### **1.2 CLASIFICACIÓN**

- LEVE: Es cuando se ha perdido 1-2 mm de inserción
- MODERADA: es cuando se han perdido 3-4 mm de inserción.
- SEVERA: es cuando se han perdido 5 mm o más de inserción.

### **1.3 CARACTERÍSTICAS**

- Pérdida clínica de inserción
- Pérdida de hueso alveolar
- Presencia de bolsas periodontales
- Inflamación gingival (edema, eritema, aumento de la temperatura del surco).

- Hemorragia a la presión
- Movilidad dental, que puede llevar a exfoliación.
- Es más frecuente en adultos pero puede presentarse en jóvenes y niños
- La severidad de la enfermedad está directamente relacionada con la presencia de factores locales o factores locales predisponentes
- Presencia de cálculos subgingivales
- Asociado con un patrón microbiológico variable.

Patrón de progresión lento a moderado, pero puede presentar periodos de progresión rápida. Puede estar modificada o asociada con enfermedades sistémicas. Puede estar asociada con otros factores como el estrés y consumo de cigarrillo.

La periodontitis recurrente es el retorno de la enfermedad al periodonto y no se clasifica como una entidad separada, de la misma manera que la enfermedad que no responde positivamente a los tratamientos y conocida como periodontitis refractaria, no se separa de la definición de periodontitis crónica.

## **2. DESORDENES CRANEOMANDIBULARES**

Los desordenes temporomandibulares se clasifican en:

### **2.1 DESORDEN NOUROMUSCULAR**

El sistema masticatorio genera todo el movimiento mandibular, debido a la coordinación precisa impartida por el sistema nervioso central. Entre los desordenes básicos neuromusculares tenemos:

**HIPERACTIVIDAD:** No es un estado de enfermedad muscular, es un músculo con actividad mayor. Es asintomático, produce facetas de desgaste, cansancio muscular (bruxismo)

**HIPERTONICIDAD:** Respuesta del sistema nervioso central a una injuria, presencia de dolor muscular a la contracción del músculo, aparece acompañado de resistencia al movimiento mandibular.

**ESPASMO:** Es una contracción involuntaria inducida por el sistema nervioso central. El dolor muscular aumenta con la función.

**INFLAMACIÓN MUSCULAR:** Se presenta como reacción protectora dentro del músculo, ésta puede ser infecciosa o no.

**DOLOR MIOFACIAL O PUNTO GATILLO:** Son áreas localizadas de tejido muscular hipersensibles, pueden estar en el tejido muscular o en inserciones tendinosas, generando un dolor en un sitio diferente.

## **2.2 DESORDENES TEMPOROMANDIBULARES**

Los desordenes temporomandibulares se pueden presentar a nivel de disco articular por la forma y posición del mismo. El disco puede estar en un desplazamiento no adecuado.

El disco articular puede presentar alteraciones de forma como consecuencia de una presión excesiva de la A.T.M.

Los desordenes de función de disco se origina por una alteración en la posición del disco sobre el cóndilo, causado por trauma. Este puede ser un macrotrauma como una apertura bucal exagerada o microtrauma causada.

Por hiperactividad muscular; cuando hay un adelgazamiento de la parte posterior del disco se produce el desplazamiento del disco hacia una posición más anterior, un movimiento trasnacional anormal del cóndilo sobre el disco y se presenta sobre la apertura mandibular, la cual hay un ruido articular llamada "clic" o "chasquido".

## **2.3 DESORDENES ÓSEOS RELACIONADOS**

Es una falla en el desarrollo de los huesos generales a la mandíbula, se puede presentar agenesia, aplasia, osteolisis, tumores benignos o malignos.

## **2.4 DESORDENES MAXILO-DENTARIOS**

Estos se puede clasificar según los 3 planos del espacio, casi todas las disgnacias pueden ser de tipo esquelético o alveolodentarias se pueden presentar anomalías dentarias de erupción, número, tamaño, forma y posición de los dientes; podemos encontrar apiñamientos, diastemas, protrusiones.

### **3. CORONA COMPLETA**

La corona completa es una restauración que cubre todas las caras coronarias del diente (mesial, distal, vestibular, lingual y oclusal). Se usa como restauración individual o como anclaje de puente. Puede ser toda metálica, de porcelana o una combinación.

#### **3.1 VENTAJAS**

De retención y resistencia más efectiva. Remodelar la anatomía y el patrón oclusal.

#### **3.2 DESVENTAJAS**

Es la falta de estética al ser la restauración que más metal muestra. El tallado dentario, de por sí extenso, suele exigir una mayor pérdida de tejidos duros de cualquier otro tipo de preparación. La longitud de la línea de terminación, tiene por consecuencia una reacción gingival menos favorable que a algunos tallados más conservadores.

#### **3.3 INDICACIONES**

La corona completa colada está indicada: caries extensas, grandes restauraciones defectuosas, dientes fracturados, cuando se requiere cambiar la anatomía, como cuando recibirán anclajes para prótesis removible, corto cervicooclusalmente, Tramo desdentado extenso, Fuerzas oclusales más intensas de lo normal, alineación de los pilares que requiera.

#### **4. ALARGAMIENTO DE CORONA**

El objetivo de la odontología es la reconstrucción y mantenimiento de los dientes requiriendo para eso la colaboración de las diferentes especialidades dentales. El alargamiento de corona se hace a veces imprescindible a la hora de restaurar un diente. Es muy importante tener en cuenta las dimensiones fisiológicas de la unión dentogingival a realizar el alargamiento y la colocación de prótesis. Se ha de tener cuidado en no invadir el espacio biológico. El periodonto y el margen protésico están en íntima relación. El margen supragingival es el ideal pero en ocasiones tales como demanda estética, restauraciones antiguas y caries subgingivales debemos colocar los márgenes subgingivalmente. El margen ha de estar ubicado sobre el tejido dental sano y sin invadir el espacio biológico, sino proporciona las garantías necesarias de integridad y estabilidad en el tiempo. El alargamiento de corona es una solución para problemas periodontales, restauraciones y estéticos y mediante ésta técnica se expone la cantidad suficiente de tejido dentario sano para una buena retención de la futura restauración y colocación de los márgenes. El no usar técnicas de alargamiento de corona cuando se necesitan puede llevar a una fractura radicular, falta de ajuste de una restauración, caries recurrente, gingivitis crónica y periodontitis localizada.

##### **4.1 INDICACIONES DEL ALARGAMIENTO DE CORONA**

a. Periodontales: (complejo gingival situado coronalmente)

- Hipertrofia gingival
- Erupción pasiva tardía

Durante la erupción cuando los dientes llegan al plano oclusa, el epitelio de inserción migra apicalmente por encima de la superficie de la corona

exponiendo la corona clínica hasta 1 mm coronal la línea amelo-cementaria. Este es el proceso de erupción pasiva. Cuando esta migración no acaba de realizarse se llama erupción pasiva tardía o alterada y se caracteriza por el margen de la encía está malposicionado incisalmente. Esta encía suele permanecer sana en ausencia de placa aunque en ocasiones puede aparecer una inflamación crónica debido a que esta desprotegida frente al trauma de las funciones bucales. Se ha de explorar subgingivalmente la posición de la línea amelo-cementaria que en caso de la erupción pasiva tardía no se detecta en el sulcus y se ha de sondar hasta el hueso con anestesia. Bajo estas condiciones se requiere de un alargamiento para exponer toda la corona anatómica y crear un contorno gingival compatible con salud periodontal. Según la distancia del margen gingival a la creta ósea se realiza colgajo de posicionamiento apical mas ostectomía o simplemente una gingivectomía. Si se realiza gingivectomía el tejido se elimina solamente por bucal y palatal pero no por interproximal. Si se realiza un colgajo, la ostectomía se ha de realizar de tal manera que la creta ósea queda a unos 2-2.5 mm de la línea amelo-cementaria. Según Lindhe, si el periodonto es fino se realiza gingivectomía y si es grueso se realiza colgajo mas ostectomía.

- b. Restauradoras: corona clínica corta (falta de retención) caries o reabsorciones subgingivales y fracturas o perforaciones del tercio coronal raíz.

Son situaciones en donde nos encontramos con una insuficiente cantidad de tejido dentario sano haciéndonos dudar sobre si es posible la restauración tras realizar un alargamiento de corona o es imprescindible la extracción.

Factores a tener en cuenta antes de realizar un alargamiento:

- Proporcionar raíz-corona (la ostectomía empeora esta proporción)
- Localización de las furcaciones
- Soporte periodontal que perderían los dientes adyacentes
- Valor estratégico y posición en la arcada

- Requerimientos restauradores posteriores
- Consideraciones estéticas y fonéticas (zonas maxilar anterior)
- Oclusión
- Posibilidad de higiene correcta tras la restauración
- Presencia de encía queratinizada insertada y bolsas periodontales
- Consideraciones endodónticas.

c. Estéticas:

- Sonrisa gingival: Idealmente la sonrisa debe exponer una mínima cantidad de encía, el contorno gingival debe ser simétrico y en armonía con el labio superior, los segmentos anteriores y posteriores deben estar también en armonía y los dientes deben tener un tamaño normal. Para conseguir una sonrisa con mínima exposición de encía, la corona anatómica debe estar totalmente expuesta. Ante la presencia de una sonrisa gingival lo primero que se debe hacer es un correcto diagnóstico etiológico, ya que dependiendo de la causa el tratamiento será diferente.

La combinación de coronas clínicas cortas y de una línea de sonrisa alta puede exponer excesiva cantidad de encía cuando el paciente habla o sonríe. Esto da lugar a una sonrisa gingival que en muchas ocasiones es un problema estético grave y que con un alargamiento de corona (gingivectomía y colgajo de posicionamiento apical) puede mejorar espectacularmente (28.7). En ocasiones esta sonrisa gingival puede ser debida a un labio superior corto o hiperactivo (no se recomienda ningún tratamiento), extrusión dentoalveolar, crecimiento maxilar excesivo o combinaciones de estas. El tratamiento ortodóncico y la cirugía ortognática deben en estos casos considerarse.

- Asimetría Gingival: La discrepancia en la altura de las encías en el frente anterior también se pueden corregir mediante un alargamiento de corona.

## 4.2 CONTRADICCIONES DEL ALARGAMIENTO DE CORONA

- a. Diente no restaurable
- b. Cuando los dientes adyacentes de verían demasiado comprometidos funcional y estéticamente.
- c. Si la importancia estratégica del diente no justifica este tratamiento adicional para salvarlo.

## 4.3 MÉTODOS PARA CONSEGUIR UN ALARGAMIENTO DE CORONA

Se ha de valorar en cada caso, la cantidad de encía queratinizada, posición de la cresta ósea en relación con la línea amelo-cementaria y ventajas y desventajas de los diferentes métodos antes de decidir cual utilizar.

- a. Gingivectomía: Se usa en aquellos casos en que la reducción de tejidos blandos es suficiente para conseguir el alargamiento deseado y al mismo tiempo se puede mantener una adecuada dimensión de encía queratinizada. En los casos en que no hay enfermedad periodontal y se realiza una gingivectomía, ésta puede resultar al final de una insuficiente ganancia de corona clínica. Esto es debido a que si no se alteran los niveles de la cresta ósea alveolar la nueva encía marginal tiende a moverse coronalmente debido a una gradual formación de la nueva unión dentogingival, siendo difícil de predecir la posición gingival final.
- b. Colgajo de posicionamiento apical (con o sin ostectomía): Mediante el alargamiento de corona se expone la cantidad suficiente de tejido dentario sano para una buena retención de la futura restauración y coloración de los márgenes. Se recomienda una distancia de 4mm entre el margen apical de nueva restauración y la nueva cresta alveolar para de manera no invadir el espacio biológico. Durante la cicatrización los tejidos blandos supracrestales

proliferan y cubrirán 2-3 mm de raíz dejando solo 1-2 mm de estructura dental supragingival. Esta distancia se consigue mediante el colgajo de posicionamiento apical y ostectomía alrededor del diente problema y de los adyacentes (cambios en la localización de la encía y hueso graduales). Estos mm de "espacio biológico" no siempre son fáciles de conseguir. Es el tratamiento de elección en molares pues el soporte óseo y la superficie radicular son mayores, existe riesgo de exposición de furcaciones y tienen menos requerimientos estéticos.

Es importante a la hora de realizar un alargamiento mantener una dimensión adecuada de encía queratinizada alrededor del diente. Idealmente, deben de haber 5 mm de encía (3 mm de encía insertada y 2 mm de encía libre) cuando los márgenes se han de colocar subgingivalmente. Si no se respeta esta encía durante el alargamiento puede ocurrir recesión gingival y exposición del margen en el futuro. En los casos en que la encía sea mínima se ha de hacer lo posible para mantenerla y respetarla durante el acto quirúrgico. Si fuera necesario después del alargamiento se puede realizar un injerto de encía.

- c. Ortodoncia: Extrusión forzada: Durante un alargamiento de corona se realiza ostectomía del diente a largar así como de los adyacentes lo que comporta una alteración de la proporción raíz/corona y de la estética. En zonas donde estas alteraciones comprometerían demasiado al diente (zona maxilar anterior) se recomienda realizar una extrusión forzada previa (intentar mantener la relación raíz/corona 1.5/1). Hay muchos factores a considerar en el tratamiento combinado ortodóncico periodontal, La mayoría de incisivos con fracturas subgingivales ocurren en niños y nos encontramos en el dilema de si mantener (realizar un alargamiento de corona o una extrusión forzada) o extraer el diente. Las fracturas subgingivales tienen implicaciones endodónticas, restauradoras y periodontales. Se debe determinar la profundidad de la línea de fractura. Si la raíz es menor de 15 mm se debe considerar la extracción pues se necesitan 10 mm para conseguir la retención del poste y 4 mm de gutapercha para mantener el sellado apical.

#### **4.4 VENTAJAS:**

- a. Minimiza la osteotomía en dientes adyacentes
- b. Mejora la proporción raíz/corona
- c. Mejora la estética
- d. Se evita la reabsorción ósea post-extracción
- e. Si hay proximidad radicular el espacio interproximal aumenta.

#### **4.5 DESVENTAJAS**

- a. La corona temporal muchas veces no es estética
- b. Tratamiento es largo
- c. Aún así se necesita cirugía periodontal posterior aunque mínima.

#### **4.6 ESTABILIDAD DEL MARGEN GINGIVAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA Y PREVIAMENTE A LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS DEFINITIVA.**

Para asegurar la estabilidad del margen gingival tras el alargamiento de corona, la prótesis definitiva debe demorarse tanto como el margen gingival requiera para estabilizarse: Wise-5, Bragger-6 meses, Becker-6 meses-1 año, Lindhe varios años. Tras la cirugía, el periodonto ha de ir madurando: Las células epiteliales de la herida empiezan a migrar a las doce horas pero no es hasta las 2 semanas que se forma una nueva y débil inserción epitelial. A las 8 semanas, se forma nuevo cemento y unión conectiva. Hasta los 5-6 meses los tejidos van madurando poco a poco y las fibras de colágeno se van orientando. La anatomía del periodonto tiene una gran variabilidad intra e interindividual que condiciona la técnica quirúrgica y la cicatrización resultante. Están descritos dos diferentes biotipos periodontales: el biotipo fino es el que está presente en los dientes largos y estrechos, tiene una banda de encía queratinizada estrecha y poca profundidad de bolsa, por el contrario el biotipo grueso está presente en los dientes cortos y anchos, tiene una banda de encía queratinizada más ancha y bolsas periodontales más profundas. Estos dos

biotipos tiene una respuesta diferente frente a la inflamación y la cirugía: El periodonto fino reacciona con una recesión y el grueso tiende a volver a su morfología inicial, hacia coronal. Así pues cuando tratamos con un periodonto fino deberíamos esperar 6 meses y si tratamos con un periodonto grueso deberíamos esperar unos 12-24 meses para colocar la prótesis definitiva. Como conclusión digamos que los cambios mas grandes ocurren en los primeros 6 meses y que estos deberían ser respetados si lo que se quiere es conseguir un margen gingival sano y estable que es la mejor referencia que tenemos en prótesis. Tener en cuenta que las cirugías que dejan el hueso expuesto tras la sutura alargan el tiempo de maduración de la zona. Esto que muy importante en zonas estéticas anteriores en donde se recomienda suturar el colgajo al menos 2 mm coronalmente a la cresta alveolar y que este colgajo sea algo mas grueso.

#### **4.7 PROBLEMAS RESTAURADORES POSTERIORES AL ALARGAMIENTO DE CORONA**

El problema protésico que más frecuentemente nos encontramos al realizar una extrusión y un alargamiento de corona es que la raíz extruida es de menor diámetro cervical y esto puede suponer un problema estético en la zona anterior. Para compensarlo la corona definitiva debe de tener una divergencia mayor incisalmente desde el margen gingival (cuidado en no producir márgenes sobrecontorneados) lo que supone un mayor esfuerzo posterior para mantener una buena higiene y evitar complicaciones periodontales. También tener en cuenta que como la mayoría de los casos de extrusión forzada se realizan en niños, habrán a la larga cambios del margen gingival con la subsecuente exposición del margen de la corona. Se han de buscar los supuestos valores de la proporción raíz/corona tras la extrusión para decidir si la pieza será restaurable o no.

## **5. PRÓTESIS PARCIAL FIJA**

Es una prótesis que reemplaza a uno o varios dientes ausentes permanentes, fijada a las piezas remanentes. El pilar es un diente que sirve de soporte a una prótesis. El pónico está unido a los retenedores que son las restauraciones que van cementadas a los pilares convenientemente preparados. Los conectores entre el pónico y los retenedores pueden ser rígidos o no rígidos.

### **5.1 DIAGNÓSTICO**

El campo de la prótesis Fija abarca desde la restauración de un único diente hasta la rehabilitación de toda la oclusión. Un diente aislado puede ser restaurado funcional o hasta alcanzar un mejor efecto estético.

En primer lugar, hay que hacer un completo estudio de las condiciones dentales del paciente, teniendo en cuenta tanto los tejidos duros como los blandos.

En este estudio se tiene que relacionar con su salud general y con su psicología.

Con la información obtenida, ya se puede formular un plan de tratamiento basado tanto en necesidades dentales del paciente como en sus circunstancias médicas, psicológicas y personales.

Es necesario llevar a cabo un diagnóstico con detenimiento del estado dental del paciente, teniendo en cuenta los tejidos duros y tejidos blandos.

Existen cinco elementos para realizar un buen diagnóstico en la preparación del tratamiento de prótesis fija:

- a. Historia
- b. Evaluación ATM/Oclusión
- c. Exploración intraoral
- d. Modelos diagnósticos
- e. Radiografías seriadas orales

## **5.2 EVALUACIÓN DE LOS PILARES**

Toda restauración debe ser capaz de soportar las constantes fuerzas oclusales a las que esta sometida.

Siempre que sea posible, el pilar lo debe constituir un diente vital. Por otra parte un diente con TCC y asintomático con evidencia radiográfica de un buen sellado apical y una obturación completa de los conductos, también puede emplearse como pilar. No deben emplearse como pilares de PPF aquellos dientes que han sufrido para exposición pulpar durante el proceso de preparación del diente, a menos que se realice el correspondiente tratamiento convencional de conductos (TCC)

Antes de realizar cualquier prótesis, los tejidos de soporte alrededor de los dientes pilares deben estar sanos y libres de inflamación.

Por lo general los dientes pilares no deben presentar movilidad. Es preciso evaluar tres factores de las raíces y sus tejidos de soporte:

- a. Proporción corona-raíz
- b. Configuración de la raíz
- c. Zona de ligamento periodontal.

## **5.3 PRINCIPIOS FÍSICOS DE LA RETENCIÓN**

Las paredes axiales de las preparaciones para los retenedores, deben ser lo más paralelas posibles y tan extensas como lo permita el diente.

Deben existir irregularidades circunferenciales para evitar rotación alrededor del eje mayor de la corona.

Reducción suficiente como para que haya volumen adecuado de metal capaz de resistir deformaciones.

#### **5.4 CLASIFICACIÓN DE LOS RETENEDORES**

- a. Retenedores extracoronaes: Corona Completa Metálica  
Corona Completa Combinada  
Corona Funda
  
- b. Retenedores intracoronaes: Ocluso Proximal  
M.O.D.  
Protección Cúspide y recubrimiento  
Cúspide
  
- c. Retenedores Intrarradicales Corona Richmond  
Núcleo Intrarradicular
  
- d. Retenedores Mixtos: Corona  $\frac{3}{4}$   
Corona  $\frac{4}{5}$   
Corona  $\frac{7}{8}$   
Pinledge  
Incrustaciones de Mc Boyle
  
- e. Retenedores Complementarios:  
Cajuelas  
Pines  
Rieleras

## **5.5 PARALELISMO**

Es el procedimiento utilizado en prostodoncia para hallar el eje de inserción de la prótesis. El paralelismo implica el tallado de los dientes de modo que las preparaciones resultantes tengan una vía de inserción común.

Para verificar el paralelismo una vez tallados los pilares, se obtiene una impresión en alginato de las preparaciones, se hace un vaciado en yeso y el modelo se lleva al paralelometro.

## **5.6 VIA DE INSERCIÓN**

Cuando se van a tomar varios dientes como soportes, uno de ellos servirá como guía para tallar los demás paralelos a él.

Con este diseño marcado en los dientes del modelo determinaremos la cantidad de desgaste por realizar en cada soporte, de modo que esta dirección planeada se utilice como patrón de inserción.

## **5.7 REQUISITOS**

- a. Dientes remanentes (pilares) correctamente distribuidos
- b. Optimo estado periodontal de pilares que puedan soportar las fuerzas.

## **5.8 INDICACIONES**

- a. Disposición de dientes adecuadamente distribuidos y sanos que sirvan como pilares.
- b. Pilares con estructuras de soporte completamente sanos
- c. Pilar con buena relación corona-raíz, mínimo 1/1
- d. Pacientes de 20 a 55 años.

## 5.9 CONTRAINDICACIONES

- a. Zona desdentada de gran magnitud
- b. Imposibilidad de diseñar espacios triangulares gingivales adecuados
- c. Reacciones titulares desfavorables ocasionadas por prótesis previamente colocadas.
- d. Segmentos anteriores desdentados en los cuales se ha producido extensa reabsorción alveolar.
- e. Cuando la relación Interoclusal solo se realiza en un extremo
- f. Cuando las raíces de los pilares son muy cortas y cónicas
- g. Dientes que presentan clínicamente retracción gingival y sensibilidad en cuellos descubiertos
- h. En pilares con problema periodontal
- i. En pacientes con mala higiene oral.

## **6. COLESTEROL**

Es un alcohol esteroideo tipo soluble que está presente en aceites y grasas animales, yema de huevo, está ampliamente distribuido por todo el organismo especialmente en la bilis, sangre, tejido gingival, glándulas suprarrenales y vainas de mielina, facilita la absorción y el transporte de ácidos grasos y actúa como precursor en la síntesis de vitamina D.

La elevación de la concentración del colesterol puede estar asociado a patogénesis como arterioesclerosis por la formación de Ateromas y Cálculos biliares.

## **7. TRIGLICERIDO**

Es un compuesto formado por ácido graso y glicerol, se sintetiza por la mayoría de grasas animales y vegetales y son los principales tipos de la sangre, circulan unidos estos a proteínas formando las lipoproteínas de alta y baja densidad.

## **8. TORUS**

Abultamiento a nivel de hueso, prominencia ósea, suele presentarse a la altura de los ápices de premolares en las tablas internas del maxilar inferior, está recubierta por una mucosa sumamente delgada, fácilmente resensible por acero de la prótesis inferior, es generalmente semiesférico de diámetro no mayor al de una lenteja, puede ser uni o bilateral, tienden a ser simétricos en forma, número y dimensiones, es más frecuente en mujeres y en el maxilar superior, se hereda como rasgo dominante autosómico. Es también llamado exostosis, cuando la persona es muy adulta no se recomienda traumatizar con esta cirugía.

## BIBLIOGRAFÍA

ANGELES, Fernando, Prótesis bucal removible Ed. Trillas 1998.

DELAR, B. Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina Interna, Ed. Mac Graw Hill Interamericana, Vol 1, 1992.

GARCÍA Calderón, cirugía periodontal estética y prepotésica, alargamiento coronal en el sector anterior, 1994.

GOMIS, Calsina, Cirugía periodontal, estética y prepotésica, alargamiento coronal en el sector anterior 1994.

GUZMÁN, Humberto, Manual de Prostodoncia Fija, Capítulo II y III. Dental Itnal Bruxismo D.T.M.

FRIEDENTAL, Marcelo, diccionario de odontología 2ª edición Ed. Panamericana 1999.

RIEZZI, Schiuba, patología Bucal, Ed. Mac Graw Hill Interamericana, 1998.

RODES, Juan, medicina interna, Ed. Maison, Vol 2, 1997.

Diccionario terminológico de ciencias médicas, Ed. Salvat Editores S.A.

Periodoncia Genco, Goldman, Cohen, tomo I Capítulo I y II, tomo III, págs. 423-427.