

## PROTESIS Y PERIODONTO: Riesgos y fracasos en la rehabilitación oral

Dr. ELIAS HASKEL

*Profesor Director de la Clínica de Periodoncia  
de la Facultad de Odontología  
Montevideo-Uruguay*

### SUMARIO

- 1.- Introducción.
- 2.- Objetivos.
- 3.- Los fracasos. Evidencias clínicas.
- 4.- Los riesgos Periodontales. Evaluación.
  - 4.1.- Tejidos gingivales.
  - 4.2.- Procedimiento y materiales.
  - 4.3.- Controles.
- 5.- Conclusiones.

### 1.- INTRODUCCION

Toda terapia genera beneficios y puede determinar perjuicios para el paciente. Los medios terapéuticos deben pues evaluarse por su eficacia y por su tolerancia. Los tejidos periodontales pueden considerarse sensores biológicos muy exigentes. La observación clínica muestra una asociación muy frecuente entre diversos tipos de rehabilitaciones orales y las lesiones periodontales. Nos encontramos frente a una paradoja terapéutica en la que complejas y costosas rehabilitaciones destinadas a devolver la Salud del Sistema Estomatognático se convierten de hecho en promotores de enfermedad.

### 2.- OBJETIVOS

Describir las alteraciones periodontales asociados con las rehabilitaciones protésicas y analizar los factores de riesgo que deben ser evaluados en la concepción y ejecución de los mismos.

### 3.- LOS FRACASOS. Evidencias clínicas

En cada consulta y en la mayoría de nuestros pacientes podemos observar las gravísimas consecuencias de la imprudencia periodontal.

¿Quién no ha visto pilares de prótesis con gran movilidad, abscesos periodontales en piezas restauradas, recidivas de caries y bolsas supuradas en zonas donde el paciente se queja de impacción de alimentos?

¿Cuántas hemiarcadas con múltiples restauraciones y enfermedad periodontal avanzada, mientras que otras áreas en la misma boca aparecen sin ningún tipo de restauración y con un periodonto totalmente sano?

La observación clínica sistemática permite concluir dos hechos:

a) Existe una asociación muy frecuente entre las lesiones periodontales y diversos tipos de rehabilitaciones entendiéndose por tal, desde una simple restauración hasta la más extensa prótesis ceramo-matálica.

b) Estas lesiones periodontales pueden adoptar variados cursos clínicos pero llevan, si no se corrigen rápidamente las causas que las provocaron, a un deterioro periodontal progresivo que culmina con la extracción de las piezas dentarias (Figs. 1a y 1b).

Conviene aclarar que este proceso no se relaciona solamente con la mala odontología. Rehabilitaciones muy bien ejecutadas pueden también producir daños mayores.

¿Entonces, cómo y por qué se producen estos trastornos?

Muchos pacientes presentan indicios más o menos notorios de alteración periodontal previos al tratamiento protésico, lo cual no siempre es considerado con la debida atención. En estas condiciones cualquier manipulación odontológica puede alterar gravemente el curso de la enfermedad. Debe evitarse o detenerse cualquier procedimiento que se realice sobre tejidos periodontales enfermos. "Solucionar" necesidades protésicas, manteniendo una enfermedad periodontal activa es uno de los pecados capitales de la odontología.

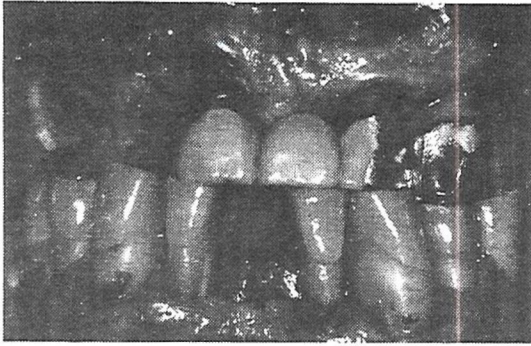


Fig. 1a; vista vestibular

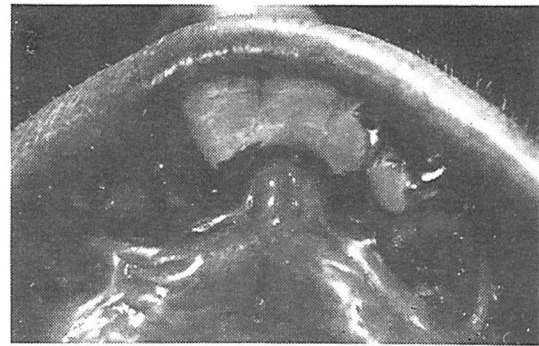


Fig. 1b; vista palatina

**Lesiones periodontales avanzadas asociadas con rehabilitación cerámica. Paciente con bruxismo. Fracturas en la porcelana, retracciones gingivales y movilidad dentaria (A. vista vestibular, B. vista lingual).**

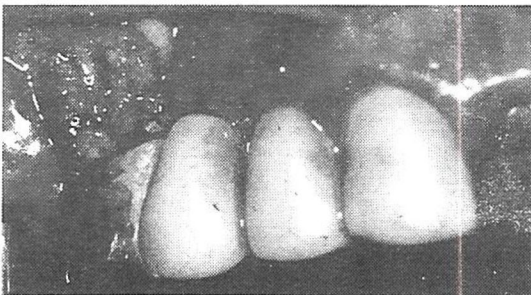


Fig. 2a; vista vestibular

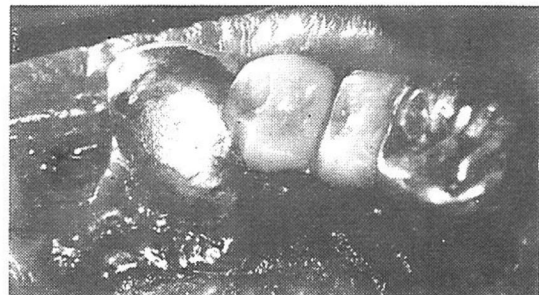


Fig. 2b; vista palatina

**Lesiones periodontales avanzadas en prótesis fija metálica. Desajustes del contorno marginal de la corona produjeron extensa reabsorción del hueso vestibular y posterior retracción gingival. Inflamación severa en el margen lingual (A. vista vestibular, B. lingual).**

En estas condiciones la labor del protésico, por mejor realizada que sea, no ayuda a solucionar los problemas, por el contrario los agrava. El técnico solo será un cómplice involuntario de la injuria. Toda rehabilitación debe iniciarse sobre tejidos periodontales sanos. Pero aún en esas condiciones óptimas para la rehabilitación, es posible ver que al finalizar la compleja cadena de procedimientos, nos encontramos con extensas lesiones inflamatorias del margen gingival. Entre esta aparentemente banal inflamación gingival y la destrucción del aparato de soporte solo media un factor: el tiempo.

La inflamación gingival es la primera señal de alarma como respuesta a las injurias recibidas; le sigue el deterioro más o menos rápido de los te-

jidos periodontales profundos (Figs. 2a y 2b).

El criterio de proseguir con la restauración hasta su cementación para luego "esperar a ver qué pasa" lleva inevitablemente a lesiones irreversibles cuyo tratamiento resultará poco satisfactorio para la función y estética del paciente. De manera que en el intervalo planeamiento-ejecución-instalación se decide la salud o la enfermedad, el éxito o el fracaso. Lo que se observa después, lo que se hace después, significa siempre llegar demasiado tarde.

¿Cuáles son las "señales de alarma" que nos obligan a interrumpir la rehabilitación?

- 1 - Inflamación gingival.
- 2 - Bolsa periodontal.
- 3 - Recesión gingival (frecuente y penosa en la

rehabilitación ceramo-metálica).

4 - Cambios de posición dentaria.

5 - Movilidad dentaria.

Una sola, cualquiera de ellas, nos dice en el lenguaje de los tejidos: PARE.

La observación de estos signos, aún precoces, nos deben llevar a una exploración clínica exhaustiva y aún al diagnóstico radiográfico para poder determinar las causas del problema de la manera más precisa posible.

La inflamación gingival, bolsa periodontal y retracción gingival se asocian a injurias del margen gingival (obturaciones, provisorios), mientras que la movilidad dentaria y los cambios de posición se relacionan directamente con las condiciones oclusales.

En todos los casos debe emprenderse la terapia correctiva y observar la desaparición de los signos de enfermedad, antes de proseguir la labor de rehabilitación interrumpida.

Si se pierde esta oportunidad de tratamiento, la patología gingival determina un proceso de destrucción irreversible, cuyo control puede ser complicado y determinar secuelas estéticas y funcionales de tal importancia que significan el fracaso de toda la rehabilitación.

#### 4.- LOS RIESGOS PERIODONTALES. EVALUACION

La instalación de cualquier aparato protésico produce un disturbio ecológico de gran magnitud. La posición de labios, lengua y mejillas, el flujo gingival, la distribución y los patrones de multiplicación de los microorganismos así como la función oclusal sufren profundas modificaciones. Los tejidos periodontales son particularmente sensibles a los efectos tóxico-infecciosos de la acumulación microbiana.

El clínico y el protésico son responsables de lograr, a través de la rehabilitación protésica un nuevo equilibrio ecológico que permita el mantenimiento de la salud periodontal. Esto debe ser tenido en cuenta desde la concepción primaria de la prótesis en su relación con los tejidos periodontales, en los diferentes procedimientos a efectuar, en los materiales que se utilizan y en la programación de los controles inmediatos y a distancia.

##### 4.1. - Los tejidos gingivales

Revisaremos brevemente las áreas periodontales críticas, las que deben ser analizadas cuida-

dosamente en las etapas clínicas y estrictamente respetadas por el laboratorista. Ellas son las áreas interdientaria; interradicular; y subgingival.

**Area interdientaria.** Es una de las más lábiles del contorno gingival (Fig. 3). Adopta una forma curva a concavidad oclusal, siguiendo la morfología del punto de contacto. En esta zona se inician los procesos patológicos periodontales. Uno de los riesgos que enfrentamos aquí es la falta de visibilidad directa de la zona por lo cual las lesiones son visualizadas recién, cuando afectan secundariamente las papilas vestibulares y linguales.

Mientras tanto pueden producirse en el área proximal daños mayores, inclusive reabsorciones óseas extensas. La perfección técnica en el ajuste de los bordes de las restauraciones, así como el diseño y ubicación de los puntos de contacto son cruciales para la salud periodontal en esta zona.

**Area interradicular.** Es de la máxima importancia el conocimiento detallado del contorno dentario cervical en las proximidades y las entradas de los espacios interradiculares de molares superiores e inferiores. El laboratorio debe respetar y reproducir los planos, surcos y curvaturas en los tres sentidos del espacio. Las áreas de retención bacteriana que se producen por una inadecuada morfología, determinan procesos inflamatorios de avance rápido en el espacio interradicular.

**Area subgingival.** Mucho se ha discutido acerca de los riesgos de la extensión subgingival de las restauraciones. En la actualidad es un hecho comprobado que la prevención no se logra por la extensión subgingival sino por el control de la placa microbiana. Por lo tanto el margen gingival de las restauraciones debe ubicarse siempre que ello sea posible, en forma supragingival. Esto facilita el tallado, evita la lesión gingival y permite un mejor control de los bordes de las restauraciones. Las únicas condiciones clínicas que determinan la necesidad de extensión al área subgingival son: la caries subgingival y las razones estéticas. Para esas circunstancias debemos recordar la topografía del área subgingival.

El surco gingival es un espacio virtual con una extensión promedio de 0,5 mm. Más allá tenemos el epitelio de unión. Este epitelio de unión posee una estructura laxa que permite el pasaje de la sonda. De manera que cuando en la clínica probamos la profundidad del surco para saber hasta

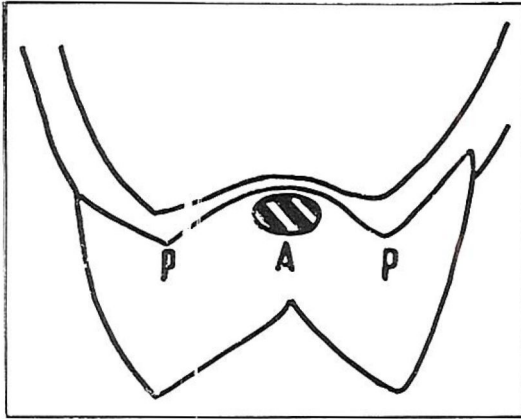


Fig. 3: Esquema del área interdental.  
A. Punto de contacto; P. Papilas Gingivales.  
La forma cónica facilita la retención de bacterias y la iniciación de la enfermedad periodontal.

donde podemos extendernos en el tallado, debemos recordar que no todo lo sondeado es surco. Cualquier restauración que sobrepase el límite permisible de 0.5 mm, configura un riesgo muy alto de lesión periodontal. El conocimiento por parte del protésico de estos factores clínicos, deben incentivarlo a ser sumamente cuidadoso al manejar las áreas del trabajo que quedarán involucradas con esas zonas delicadas del periodonto. Factores tales como un perfecto ajuste, total ausencia de excesos y un prolijo pulido de los materiales empleados, puede ayudar a evitar el desastre. En ningún caso los tejidos gingivales deben ser utilizados como apoyo, estabilización o soporte protésico.

#### 4.2. - Procedimientos y materiales

**Impresiones.** Deben reproducir con la mayor fidelidad el borde cavitario y la superficie radicular, en una extensión mínima que permita orientar en el troquel la dirección de los planos y contornos dentarios. Deben evitarse los elementos de impresión que no permiten controlar la profundidad de inserción en el surco gingival. Así mismo las sustancias termoplásticas utilizadas a temperaturas elevadas pueden ocasionar quemaduras del epitelio interno con posterior necrosis y retracción gingival.

**Provisorios.** Es uno de los puntos críticos en la cadena de procedimientos. Mientras que la injuria producida por tallado, retracción e

impresiones son de corta duración, las producidas por las restauraciones provisorias tienen una permanencia prolongada. Debe enfatizarse que la corta duración de la injuria no asegura la reversibilidad de las lesiones. Injurias breves pueden producir lesiones permanentes e irreversibles, en función de las condiciones de mayor o menor resistencia de los tejidos. Pero en el caso de injurias prolongadas, como en general son las restauraciones provisorias, el riesgo de daño permanente es particularmente elevado. Es imperativo que las obturaciones provisorias posean las mismas condiciones de ajuste cavitario perfecto, contornos gingivales adecuados a los planos, curvaturas y surcos radiculares, amplias troneras interdentalarias, contactos proximales correctos y morfología oclusal funcionalmente aceptable.

**Función oclusal.** Debe ser cuidadosamente verificada. Las alteraciones oclusales sobreagregadas a la lesión inflamatoria marginal, determinan la mayor parte de los grandes fracasos periodontales de rehabilitación oral. Toda rehabilitación protésica debe lograr una función oclusal armoniosa. Esto es esencial para mantener la salud de todos los integrantes del sistema estomatognático y por supuesto de los tejidos periodontales.

El laboratorista y el clínico son responsables de lograr una oclusión funcional, libre de interferencias.

**Materiales.** La tolerancia de los tejidos gingivales a los diversos materiales de obturación se conoce como biocompatibilidad. Esta biocompatibilidad es función de las características químicas, porosidad, rugosidad, y de pulido del material. La mayor porosidad y rugosidad favorece la acumulación bacteriana.

La porcelana cocida y el oro son los materiales de elección para el contacto con el margen gingival y las superficies de oclusión. Los triturantes de acrílico pueden ser utilizados solamente en las restauraciones provisorias, dado su alto grado de atrición, porosidad y rugosidad.

Otros aspectos de fundamental importancia, tales como el tallado cavitario, una cuidadosa retracción gingival y el cementado, deben ser considerados con suma meticulosidad para evitar daños irreversibles a la salud del periodonto.

#### 4.3. - Controles

Comprende 2 etapas: a) inmediata; b) control periódico.

a) Instrucciones específicas de higiene bucal,

particularmente orientadas al área protésica, la eliminación sistemática diaria de la placa microbiana adherida a los retenedores, barras y superficies de apoyo. En todos los casos debe asegurarse la eliminación de placa microbiana de las superficies proximales mediante el hilo dental y cepillos interproximales. En caso de extensión subgingival debe indicarse una técnica de higiene intrasurcal con cepillo blando.

b) Control periódico. El paciente debe ser citado cada 3 a 6 meses para un control preventivo que incluye:

- Profilaxis dentaria profesional.
- Reinstrucción de higiene bucal.
- Observación minuciosa de las condiciones periodontales y los aspectos funcionales de la oclusión.

#### 5.- CONCLUSIONES

La rehabilitación protésica se somete a una prueba decisiva en la exigencia de los tejidos periodontales. La compleja cadena de procedimientos técnicos, enfrenta rígidas estructuras biológicamente extrañas, con delicados y frágiles tejidos blandos. La altísima frecuencia de lesiones periodontales producidas por rehabilitaciones protésicas, obliga a un exhaustivo análisis de los factores de riesgo de cada caso en par-

ticular.

La prótesis debe devolver la salud del sistema estomatognático y tener condiciones que permitan mantener en el tiempo, la salud periodontal. El conocimiento biológico guiando la habilidad técnica permite lograr este objetivo. El clínico y el protésico llevan con la responsabilidad de un trabajo coordinado y minucioso la clave para el éxito del tratamiento odontológico.



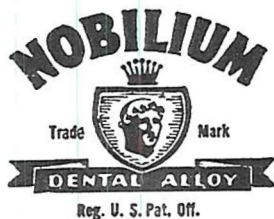
#### ARTICULOS DENTALES

DIENTES Y ACRILICOS BERA  
YESOS ALBAUM - (GERMANY)  
ABRASIVOS "FLEXILLIUM"  
CEPILLOS Y CONOS DE FIELTRO ROTIFIX  
INSTRUMENTAL Y MATERIALES EN GENERAL

LAS HERAS 1920

TEL.: 81 50 75

LABORATORIO



VIGNOLA Y MALDONADO

CANELONES 1011  
TELEF. 90 46 83

Dir. Teleg. "NOBILPRO"  
M O N T E V I D E O