

Consideraciones Clínicas Protésico - Periodontales

Dr. EFRAIN SUELDO R.
Doctor en Odontología y Medicina.
Profesor Principal de Periodoncia y Coordinador de la Sección y de los cursos de postgrado en Periodoncia U.N.M.S.M.
Consultor en Periodoncia del Hospital Central de Aeronáutica.

Margen Gingival de las restauraciones

La irritación subgingival asociada con restauraciones puede ser debida a:

1. Productos tóxicos liberados por los materiales de la restauración.
 - 2.- Potencial retención de placa por las restauraciones.
 - 3.- Imperfecciones en la unión entre las restauraciones y el diente.
- No liberan irritantes si se implantan en condiciones asépticas: amalgamas, oro, porcelana, acrílico y composites.
 - Son ligeramente irritantes: Cementos de fosfato y silicatos.
 - Pueden absorber toxinas bacterianas y causar irritación, aunque el material por sí mismo no es irritante: restauraciones con acrílico subgingivalmente extendidas.

Las extensiones subgingivales de restauraciones con COMPOSITE, pueden desarrollar gingivitis, aún en presencia de una buena higiene bucal (1).

Estudios clínicos e histológicos indican una respuesta más favorable al oro que a las restauraciones con amalgama, y una más severa irritación a los silicatos y plásticos, que a las amalgamas.

En cuanto a la acumulación de placa, también existe diferencias en el potencial de retención de placa, debido a las diferencias químicas en los materiales y la composición de la placa.

Así, hay más acumulación de placa sobre el oro que sobre la superficie dentaria bajo similares condiciones, pero la respuesta gingival no se manifiesta si no se coloca subgingivalmente.

La unión entre una restauración y el diente es siempre una fuente de retención de bacterias y otras sustancias irritantes (2). Ninguno de los materiales comúnmente utilizados permite un sellado hermético entre la restauración y el diente.

Imperfecciones mecánicas, márgenes del cemento y variaciones en la expansión térmica entre la restauración y el diente, son fuente inevitable de retención de placa.

Aunque los márgenes gingivales son periodontalmente peligrosos, hay razones valiosas para colocar subgingivalmente la restauración, a saber:

1. Extensión subgingival de caries, fracturas etc.
2. Consideraciones estéticas
3. Retención y prevención de fracturas.

Es aconsejable extender subgingivalmente por consideraciones estéticas, especialmente si las restauraciones en su unión con el diente son visibles durante la función del labio. En tales casos, se extiende solamente 0.5 a 1.0 mm. dentro del surco gingival.

Preparación y técnicas de impresión: Consideraciones Periodontales

La preparación ideal de los dientes para restauraciones subgingivalmente situadas, debería hacerse en condiciones ideales y en forma aséptica. Sin embargo, esto es ideal e impracticable para determinado tipo de restauraciones. El uso cuidadoso de fresas de diamante u otros tipos de fresa para la preparación subgingival hace posible completar tales preparaciones, con pequeña o ninguna injuria gingival, sabiendo que el epitelio del surco se regenera en 48 a 72 horas. Si en estos procedimientos se lacera el epitelio externo del surco, éste cura en una semana.

Sin embargo, es bueno recordar que cualquier preparación extendida dentro de este surco clínicamente determinado, es potencialmente un riesgo periodontal; especialmente si la preparación ha ocasionado una lesión accidental por deslizamiento de una fresa o piedra y ha tocado el cemento, al que van adheridas las fibras de unión gingival.

Deberá tenerse especial cuidado cuando la encía libre es delgada y tiene una angosta encía adherida, toda vez que fácilmente se puede inducir una recesión gingival por procedimientos poco cuidadosos.

La separación rutinaria de la encía para la toma de impresiones, puede lesionar el epitelio interno especialmente a nivel de la adherencia con el diente. Cuando se efectúa en forma apropiada y cuidadosa sobre tejidos gingivales sanos, no tiene ninguna alteración. Sin embargo, si los tejidos gingivales se encuentran inflamados, con exudado y no están bien adheridos al diente, más el uso de anestesia, los métodos de separación e impresión circular a nivel gingival pueden producir separación apical y pérdida de la adherencia a veces permanente.

El empaquetamiento forzado y con alto contenido de EPINEFRINA, puede producir una necrosis isquémica y dar como resultado una RECESION GINGIVAL. Hay que tener cuidado cuando la zona de encía adherida es angosta. Si el tubo de impresión es forzado con el material en él contenido, más allá de la unión epitelial, puede arañar el cemento. Tal injuria no permite la adherencia de las fibras de tejido conectivo y la alterará.

En cuanto a las técnicas electroquirúrgicas empleadas para facilitar los procedimientos de impresión, (3) se han efectuado diferentes estudios.

En un reciente trabajo de investigación efectuado sobre monos Rhesus, los métodos electroquirúrgicos han mostrado distintos grados de pérdida de la adherencia; asimismo, están contraindicados en pacientes que son portadores de marcapasos y anestésicos explosivos (éter).

La electrocirugía produce marcada recesión gingival estadísticamente significativa, (4). Asimismo, se altera el elemento orgánico del cemento y la electrocirugía aplicada accidentalmente a éste nivel, dá como resultado REABSORCION DEL CEMENTO, que no se neoforma, no se readhieren las fibras y por consiguiente el epitelio no crece ni cubre el defecto.

Se ha demostrado también, que el hueso puede ser alterado luego del contacto con punta electroquirúrgica. Por ello, la electrocirugía debe ser utilizada únicamente y con muchas reservas en GINGIVOPLASTIAS y usado sólo sobre el esmalte de los dientes, evitando incluso tocar la unión amelocementaria.

El uso es muy limitado en Periodoncia y es aconsejable que el operador practique antes de aplicarlo en humanos, en animales de experimentación (chanchos u otros), hasta aprender el óptimo uso de los aparatos y las agujas con el mínimo daño de los tejidos.

Aunque la electrocirugía puede facilitar una cuidadosa impresión, este es un procedimiento inseguro desde el punto de vista periodontal. Los tejidos hiperplásticos pueden ser removidos con una punta electroquirúrgica sin tocar el cemento, aplicando luego un apósito para que pueda cicatrizar previamente a la preparación.

Efectuar procedimientos a colgajo para ganar acceso para las impresiones DEBE SER EVITADO, porque el riesgo de que los materiales de impresión lesionen los tejidos, es mucho mayor. Se han descrito severas reacciones periodontales a los materiales de impresión, cuando éstos son introducidos dentro de los tejidos gingivales (5). La pasta para impresiones puede ser introducida a través de los canales vasculares forzados y abiertos y diseminarse al hueso produciendo daño periodontal severo. La impresión con Rubber Base debe ser pospuesto hasta la completa cicatrización de los tejidos.

Restauraciones Temporales

Cualquier restauración temporaria extendida subgingivalmente, es una fuente de irritación gingival. Superficies rugosas y márgenes pobremente acabados de las restauraciones temporales, favorecen la acumulación de placa y predisponen a la irritación gingival, aún cuando las restauraciones temporales no estén en íntimo contacto con los tejidos gingivales. A mayor tiempo de permanencia de este tipo de restauración, mayor daño periodontal. Se deben colocar restauraciones temporales con un acabado tal, que no produzcan daño en los tejidos de soporte periodontal. Asimismo, las restauraciones temporales y el cemento que las une no deben extenderse apicalmente más allá de la preparación.

La compresión en superficie desplazando la encía libre y la papila interdental, debe ser muy limitada; debe tener poco tiempo de permanencia en la boca porque puede producir progresivo daño periodontal. Finalmente, las restauraciones temporales deben estar estables y fijas interproximalmente.

Cementación y pulido de las restauraciones

Es a menudo aconsejable mantener al paciente con restauraciones temporales por dos o tres semanas, como un período de prueba de la respuesta gingival a las restauraciones y a la efectividad del paciente al cuidado de sus dientes. Es mucho más fácil hacer cualquier ajuste de la restauración antes del acabado final de las mismas, que después que ellas estén colocadas permanentemente. Este es especialmente valioso para todo tipo de restauraciones protésicas fijas. Si la inflamación gingival aparece después de este período de prueba, las restauraciones, así como la higiene oral del paciente, tienen que ser revisadas e implementado un nuevo período de prueba. Se debe efectuar la completa remoción del exceso luego de la cementación y chequear cuidadosa-

mente, desde que pueden pasar años hasta que este exceso pueda ser eliminado por los fluidos del cuerpo, y durante este tiempo actuará como una fuente permanente de irritación.

El pulido subgingival de la amalgama, desafortunadamente, es una negligencia frecuente y hace difícil e incontrolable el control de la placa, aún si el hilo dental es utilizado. Idealmente el acabado final de las restauraciones debe ser pulido, chequeando bajo un dique. Los márgenes interproximales deben ser siempre controlados con hilo dental sin cera y acabados hasta un punto tal que no interfiera el pasaje del hilo dental.

Significancia Periodontal del diseño de las Restauraciones

El diseño de las restauraciones con relación a la salud periodontal no ha sido estudiado extensamente y muchas suposiciones son citadas sin evidencias científicas. La relación entre la salud periodontal, el contorno gingival de las restauraciones, los contactos interproximales y el diseño de los pónicos deberán ser discutidos ampliamente. La relación entre la falla del diseño y sus efectos sobre el impacto alimenticio, formación de placa y procedimientos de cuidado casero, deberán recibir una cuidadosa consideración.

BIBLIOGRAFIA

1. Larato, D.C. Influence of a composite resin restoration on the gingiva. *J. Prosth. Dent.*, 28:402, 1972
2. Saltzberg, D.S., et al. Scanning electron microscope study of the junction restorations and gingival cavosurface margins. *J. Prosth. Dent.*, 36:517, 1976
3. Malone, W.F. and Manning, J.L. Electrosurgery in restorative dentistry. *J. Presth. Dent.* 20:417, 1968
4. Wilhelmsen, N.R., S.P., and Blankenship, J.R. Effects of electrosurgery in the gingival attachment in Rhesus monkeys. *J. Periodont.*, 47:160, 1976
5. O'Leary, T. J. Severe periodontal destruction following impression procedures. *J. Periodont.*, 44:43, 1973.