



FUNDACION
CLINICA VALLE DEL LILI

CARTA DE LA SALUD

NUMERO 41

www.clinicalili.org.co

OCTUBRE DE 1999

REHABILITACION ORAL “PROSTODONCIA”

Dr. Julián Jaramillo
Odontólogo Rehabilitador

EDITORIAL

La boca es la estructura más firmemente relacionada con el desarrollo psicossomático del ser humano. Comienza por ella el aprendizaje de nuestro cuerpo y del medio ambiente, interviene fundamentalmente en las funciones de alimentación, de comunicación y expresión de nuestros sentimientos, y en realidades tan determinantes como la autoestima, la belleza y la sexualidad.

El concepto moderno de salud promueve un perfecto balance entre el bienestar físico y mental, que se logra con el trabajo en equipo de las diferentes especialidades afines como son: medicina, odontología, fonoaudiología, fisioterapia. Es ésta la razón de presentar en CARTA DE LA SALUD, la labor de la prostodoncia o rehabilitación oral, subespecialidad de la odontología encargada de la rehabilitación oral y que busca mantener un equilibrio entre una buena función biológica y una apariencia estética adecuada y agradable.

FERNANDO VELÁSQUEZ LASPRILLA, MD.

Jefe Unidad Quirúrgica.

PROSTODONCIA

Es una de las especialidades más antiguas y desarrolladas en la Odontología. En cada época de la historia, los seres humanos hemos creado estereotipos

de belleza, que generalmente exigen sonrisas blancas y luminosas, dientes perfectamente alineados y una restauración lo más similar posible a los dientes naturales, no solo en forma, sino en color y duración.

Los años de uso y abuso de nuestra dentadura, sea por el desgaste natural que ocasiona la masticación o por el apretamiento de las mandíbulas “bruxismo”, o por los malos hábitos orales, las caries, los accidentes, los tratamientos anteriores mal realizados ocasionan que las personas busquen mejorías estéticas para aumentar su autoestima. Los nombrados antes son simplemente algunos de los problemas que podemos solucionar con la rehabilitación oral pues ésta es también la ciencia encargada de la restauración y reemplazo de los dientes ausentes o deteriorados.

El rehabilitador es el arquitecto de la cavidad oral. Se encarga de que los dientes junto con la articulación temporomandibular (ATM) que une la mandíbula con el cráneo y con todo el sistema neuromuscular encargado de los movimientos y de los sentidos, funcionen armónicamente y mantengan una apariencia física, agradable.

A continuación describimos sucintamente los tratamientos que realiza dicho profesional: amalgamas, resinas, sellantes, incrustaciones, coronas completas, láminas de porcelana, prótesis totales, prótesis parciales, sobredentaduras, blanqueamiento, tratamiento de la articulación temporomaxilar y bruxismo, placas neuro-músculo-relajantes, guardas

nocturnas, protectores para deportes, reconstrucción de muñones y restauraciones sobre implantes.

AMALGAMAS

Son las calzas plateadas, y constituyen una de las formas de restauración más antiguas y rápidas que aún están vigentes.

Con el correr de los años han surgido numerosas polémicas por el uso de este tipo de metales en la boca, pero las amalgamas siguen siendo un excelente material de reparación de los dientes posteriores cuando son parcialmente destruidos por caries, fracturas o desgastes. El procedimiento se realiza en pocos minutos. En él, un grupo de metales en polvo se mezcla exacta y homogéneamente con mercurio produciendo que se amalgamen es decir que haya una unión franca de éstos, hecho que permite su manipulación y colocación en la boca. El endurecimiento inicial toma aproximadamente 7 minutos, y en este tiempo el odontólogo le da tanto la forma como la adaptación adecuada.

Con la llegada de los materiales adhesivos es posible pegar perfectamente las amalgamas al diente evitando el paso de bacterias y la producción de caries. El material de las amalgamas viene predosificado desde la fábrica y no produce ningún tipo de contaminación o liberación de mercurio; por ello se mantiene la vigencia de este tipo de restauraciones.

RESINAS DE FOTOCURADO

Son las calzas blancas. Fueron desarrolladas inicialmente buscando un material más estético para la restauración de los dientes anteriores. Su microcomposición y características físicas se han modificado para poderlas utilizar, no sólo en los dientes anteriores sino en los posteriores. No todas las resinas se pueden utilizar en los dientes anteriores o los posteriores, pues su dureza (resistencia compresiva o resistencia a las fuerzas de la masticación) sus características estéticas y funcionales varían según: el diente que se va a restaurar, el tamaño de la cavidad (se llama así al orificio o parte del diente que se va a restaurar) y el tipo de oclusión (mordida).

Las restauraciones con resina no son tan resistentes como el diente natural o como otras restauraciones

metálicas o de porcelana, por lo tanto no se pueden usar en cavidades muy grandes, pues se fracturan fácilmente. Existen técnicas directas en las que el diente queda restaurado de inmediato, o indirectas, en las que se toma un molde del diente y se trabaja por fuera de la boca para colocarlo después sobre éste.

En los dientes anteriores es fácil saber cuándo las resinas se fracturan, pues generalmente se «cae el pedacito»; pero en dientes posteriores, muchas veces son microfracturas inapreciables que pueden permitir la formación de caries debajo de las restauraciones.

INCRUSTACIONES

Se utilizan para restaurar dientes posteriores (molares y premolares) que requieren un material más resistente. Son más costosas que las anteriores pues necesitan un mínimo de 2 citas y una técnica indirecta para preparar los dientes, temporalizarlos y luego restaurarlos en forma definitiva. Precisan un mayor desgaste o labrado del diente pues la preparación debe ser de fácil colocación y retiro. En este procedimiento se debe poner algún tipo de material de restauración provisional como cemento o un diente temporal para sellar la cavidad y evitar la sensibilidad producida por dejar la dentina expuesta (la segunda capa del diente) al preparar la cavidad.

Existe una gran cantidad de materiales con los cuales se pueden hacer incrustaciones. Entre los más aceptados están las aleaciones de oro que son las de mejor pronóstico debido a su larga historia de utilización. Las incrustaciones en porcelana son más estéticas, pero tienen la desventaja de requerir un desgaste o tallado mayor de la estructura dentaria, pues deben tener un espesor mayor para resistir la mordida. La técnica de cementación (pegado de la restauración) es también más compleja. No son tan resistentes como las de oro.

CORONAS COMPLETAS

Se usan para restaurar la totalidad de un diente anterior o posterior parcial o totalmente afectado. Pueden ser totalmente metálicas, o en porcelana (del color del diente) o una combinación de ambas (una parte metálica y la otra del color del diente).

Requieren que el esmalte del diente sea tallado en su

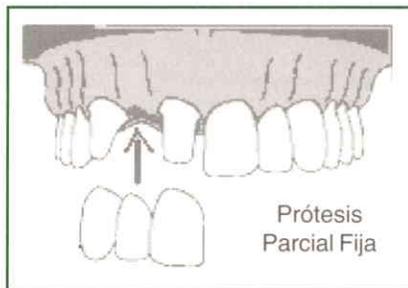
totalidad. De acuerdo con el resultado estético y funcional que se desee lograr y con la cantidad del diente remanente (lo que queda del diente), pueden ser total o parcialmente estéticas.

Hoy en día es posible hacer restauraciones o coronas que parezcan dientes y no que parezcan coronas. El anillo metálico que se observa en algunas restauraciones se puede eliminar totalmente para que sea imperceptible y lograr así reposiciones prácticamente imposibles de diferenciar del diente natural.

PRÓTESIS PARCIAL FIJA (PPF)

Son los llamados puentes fijos que consisten en la unión de varias coronas con el fin de reemplazar un diente ausente. Generalmente se requiere tallar totalmente los dientes aledaños al diente faltante para soportar el puente de tres unidades (tres dientes unidos). Se pueden reemplazar uno o varios dientes. Lo más importante es que los dientes presentes en la boca sirvan de soporte (como los cimientos en una construcción) para permitir el reemplazo de los dientes que no existen ya. Ésta es también una técnica indirecta en la que primero se estudia y se evalúa el caso; luego se desgastan los dientes soportes (pilares) y se toma una impresión definitiva con un molde en el que se hace una fiel copia de los dientes tallados. Temporalmente se colocan unos dientes provisionales, mientras el técnico de laboratorio fabrica la restauración definitiva.

El espacio entre el pónico (diente que se reemplaza con el puente) y la encía debe ser suficientemente grande para que pase la seda dental por debajo, pero lo suficientemente pequeño para que no se introduzca comida o no se salga el aire pues esto altera la fonación.



PRÓTESIS TOTAL

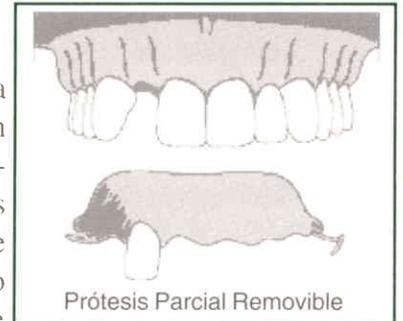
Son las cajas de dientes. Cuando un paciente es totalmente edéntulo (Carece de toda la dentadura) se hace el reemplazo de todos sus dientes. Estas prótesis logran su retención y estabilidad en la boca gracias al sellado marginal (similar al efecto de una chupa sobre

un vidrio). Generalmente son más estables en el maxilar superior (M.S.) que en el inferior, debido a que en el maxilar superior se encuentra una estructura firme y rígida (el paladar) a diferencia del inferior donde la movilidad de la lengua y el reborde óseo que es más pequeño, ayudan poco.

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

A diferencia de las fijas, ésta es de quitar y poner. Se utiliza para reemplazar una serie de dientes con el apoyo de algunos existentes en la boca que sirvan para fijarla.

Para lograr una buena retención se usan preparaciones especiales en los dientes existentes en los que se colocan anclajes o ataches (una especie de broches). Así es posible eliminar la totalidad de los ganchos que usualmente retienen las prótesis.

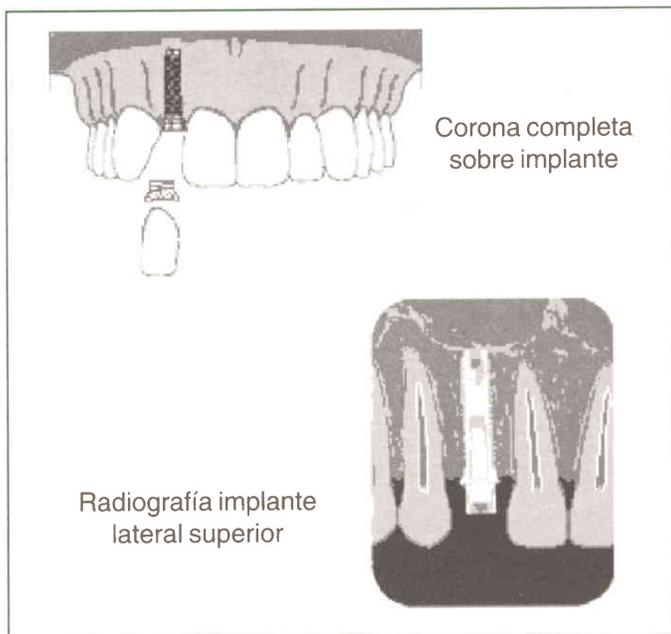


Esta alternativa se puede utilizar en lugar de las prótesis parciales fijas o en los casos en los cuales el número de dientes que se van a reemplazar es mayor que el número de dientes remanentes (presentes en la boca); pues este tipo de restauración es dento-muco-soportada y no dento-soportada. Esto significa que utilizan tanto los dientes como la mucosa para sostenerse a diferencia de las fijas que utilizan únicamente los dientes.

IMPLANTES

Son tornillos de titanio biocompatibles es decir que no producen rechazo del cuerpo, que se utilizan para reemplazar las raíces de los dientes ausentes.

Estos implantes se colocan dentro del hueso, mediante un procedimiento quirúrgico sencillo. Según la calidad del hueso deben permanecer allí entre 4 y 8 meses antes de recibir cualquier tipo de presión o de carga, con el fin de permitir la oseointegración (la unión franca del hueso con el tornillo). Durante este tiempo el implante permanece debajo de la encía, luego se recorta la encía y se inicia la fase de rehabilitación. Ésta puede hacerse con cualquiera de las opciones antes descritas, de acuerdo con el número de dientes que se van a reemplazar.



Los implantes en la cavidad oral se pueden restaurar haciendo coronas completas y prótesis totales o parciales, fijas o removibles. Las ventajas de los implantes son: una muy buena retención y estabilidad para las prótesis totales, la conservación de los dientes vecinos sin tener que tallarlos para hacer una corona completa individual y que mantiene en buenas condiciones el hueso alrededor del sitio del implante.

ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR – ATM

Así se llama la articulación bilateral que se encuentra inmediatamente delante de los oídos, donde la mandíbula se une con el hueso temporal del cráneo. Es la articulación mas utilizada de nuestro cuerpo, pues se usa para hablar, masticar, bostezar, etc.

Cuando se muerde no sólo se aplica fuerza entre los dientes, sino también en la articulación témporo mandibular. En términos físicos la mandíbula es la

palanca, los dientes el punto de apoyo y esta articulación (ATM) el lugar que recibe toda la fuerza. La articulación es de tipo deslizante y está separada del cráneo por un menisco (almohadilla) interarticular y por ligamentos, que en conjunto amortiguan y reparten las fuerzas en un espacio mayor.

Algunas de las causas de una mal funcionamiento de la articulación témporo mandibular se dan por una mordida inadecuada, por bruxismo (apretamiento de los dientes), por trauma o por hábitos como el masticar chicle (que genera una hiperfunción de dicha articulación acelerando el desgaste de ésta).

La disfunción de la articulación témporo mandibular se observa de diversas formas:

- Ruidos articulares, llamados clinking, popping o crepitación que ocurren normalmente al abrir o cerrar la mandíbula.
- Dolores musculares especialmente a los lados de la cara.
- Bloqueos mandibulares o dislocación (cuando no se puede abrir o cerrar la boca, o cuando se siente que se desencaja)
- Tinnitus, sensación de tener un timbre en el oído.
- Cefaleas, migrañas, y hasta la posibilidad de depresión.

Generalmente, para el tratamiento de las disfunciones temporo mandibulares se utilizan unas placas acrílicas que se colocan entre los dientes con el fin de aumentar la dimensión vertical (altura) del tercio inferior de la cara con el fin de evitar el desgaste de la articulación témporo mandibular y corregir la mordida. Estas placas llamadas neuro mio relajantes o reposicionadoras se usan hasta que se logre un equilibrio o la desaparición de los síntomas. Luego, se evalúa el tipo de tratamiento (Ortodoncia, Rehabilitación Oral, etc.) con el cual se logrará una corrección definitiva de la mordida y del problema.

Comité Editorial:

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------|
| • Dr. Martin Wartenberg | • Dr. Hernán G. Rincón | • Dr. Hernán Córdoba | • Dr. Jairo Sánchez |
| • Dr. Adolfo Congote | • Dra. Diana Páez | • Dra. Yuri Takeuchi | • Enfermera Patricia Echeverry |
| • Sra. Claudia de Piedrahita | • Dr. Paulo José Llinás | • Sra. Alda Mera | |

"Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico".

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Clínica Valle del Lili Cra. 98 # 18-49 Tel.: 3317474 Fax: 331 7499 Santiago de Cali
En Internet: www.clinicalili.org.co

Esta publicación es cortesía de



EL PAIS
El Diario de nuestra gente