

Postoperatorio en rehabilitación oral

Adriana Elizabeth Rueda García,*
Gilberto Olave Bustamante**

PALABRAS CLAVES: Rehabilitación oral, prótesis parcial fija, higiene oral, mantenimiento oral, control fase protésica.

INTRODUCCION

Tras la colocación y cementación de una prótesis, el tratamiento del paciente continúa con una secuencia estructurada de visitas de seguimiento, diseñadas para monitorizar su salud oral, estimular unos hábitos de control de placa meticulosos, identificar la enfermedad incipiente e introducir el tratamiento correctivo que puede requerir antes que se produzcan lesiones irreversibles.

Las exploraciones de control deben ser efectuadas personalmente por el odontólogo.

La responsabilidad de la atención de seguimiento no debe delegarse al personal auxiliar.

SUMMARY

A well organized and effective maintenance therapy is the basic mechanism which the fixed prosthodontic success is obtained. It is probable that a restoration that has been cemented, forgotten or ignored failures, despite the clinical experience which it has been constructed.

* Odontóloga Rehabilitadora Oral, Universidad de Chile, Profesora Asistente, Universidad Santiago de Call.

** Odontólogo Implantólogo oral, Universidad de Chile, Profesor Asistente, Universidad del Valle.

Plaque elimination as well as maintenance should be stronger on restauated teeth than in naturals. A partial fixed prothesis requires additional attention. If a fixed prothesis is going to be installed, all these facts must be recognized, so the patient should be aware about the maintenance therapy since the initial phase of treatment.

A. POST- OPERATORIO INMEDIATO

Se efectúa para verificar la función y comodidad de la prótesis, así como para verificar el correcto control de placa que se ha enseñado al paciente, generalmente se planifica una cita al cabo de una semana de cementación de la prótesis parcial fija.

Se realiza un control cuidadoso para que el surco gingival continúe libre de cemento residual.

Una vez cementada la restauración en boca se deben manejar:

1. REFUERZO DE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL DE PLACA

- a) Motivación al paciente
- b) Educación

Cepillos de dientes y otro auxiliares de la higiene bucal: El cepillo de dientes elimina placa y retarda la formación de cálculos; para que se obtengan resultados satisfactorios, el cepillado dentario requiere la acción de limpieza de un dentífrico.

Clases de cepillos de dientes y filamentos:

Los cepillos son de diversos tamaños, dureza de filamentos, longitud y distribución de estos. Un cepillo de dientes debe limpiar eficazmente y proporcionar accesibilidad a todas las áreas de la boca.

Los filamentos de nylon conservan su firmeza más tiempo. Los filamentos de dureza mediana pueden limpiar mejor que los blandos, y traumatizar menos la encía y abrasionar menos la sustancia dentaria y las restauraciones; otros clínicos recomiendan el cepillado con cerdas blandas por ser particularmente eficaz para limpiar el surco gingival y las superficies bucal y lingual de las áreas interproximales, sin causar lesión gingival y agresión dental que puedan resultar de un cepillo de filamentos duros.

Hay que recomendar al paciente el cambio periódico del cepillo. Los cepillos eléctricos son recomendados en pacientes con disminución de la eficacia para el cepillado.

Auxiliares para la limpieza:

Hilo dental, limpiadores interdentarios, aparatos de irrigación bucal y enjuagatorios

c) Demostración de como mantener su Higiene Oral.

Métodos de cepillado dentario:

Con excepción de los métodos abiertamente traumáticos, es la minuciosidad y no la técnica el factor importante que determina la eficiencia del cepillado dentario.

Se presentará aquí un método de cepillado dental donde la colocación eficaz de los filamentos es más importante que la cantidad de energía gastada. El método surcular de Bass de cepillado es el preferido para la mayor parte de los pacientes portadores de prótesis fija, porque limpia el surco, donde frecuentemente están colocados los márgenes de la restauración.

En cualquier método que se emplee, la boca se divide en dos sesiones; se comienza por la zona molar superior derecha y se cepilla por orden hasta que queden limpias todas las superficies accesibles.

Los filamentos se colocan en el surco en un ángulo aproximado de 45 grados con la superficie dental, dirigido gingivalmente y se mueven en una dirección anteroposterior con cortos movimientos de cepillado bajo presión ligera.

El cepillo se aplica en forma similar en toda la boca y en todas las superficies bucales y linguales o palatinas de los dientes. En el área anterior donde los espacios interproximales son pequeños y puede ser imposible colocar el cepillo horizontalmente contra la encía, el cepillo se puede girar verticalmente para tener un mejor acceso. Tras limpiar las áreas surculares, se cepillan las superficies oclusales, al igual que la superficie dorsal de la lengua en

especial cuando está presente signos de estar desarrollando una capa mucoide blanca que aparece después de levantarse, antes del desayuno. La higiene lingual es una parte crucial de la higiene oral en el adulto mayor con el fin de controlar el crecimiento de *A. viscosus*.

Usos de otros elementos auxiliares de higiene oral

*** Seda dental**

La placa interproximal puede controlarse con la seda; tanto el tipo encerado como el no encerado limpian las superficies proximales, pero la seda no encerada tiene varias ventajas:

Un diámetro menor, y en consecuencia pasa más fácilmente en el área de contacto interproximal.

Se aplana bajo tensión, y de esta forma cada hilo separado cubre eficazmente una mayor área de superficie.

Técnica:

Se corta una longitud generosa de seda y se enrolla en los dedos medios de cada mano.

La seda se hace pasar por un área de contacto hasta la base del surco y se mueve arriba y abajo sobre cada superficie quedando libre de placa.

Así progresivamente se va insertando en todas las superficies interproximales hasta que se limpien todas.

*** Seda dental con esponja:**

Son trozos de seda con una pequeña esponja que rodea la seda en una extensión de 4 a 5 cms. en la parte media del trozo de seda. Los extremos de esta seda son endurecidos para permitir su fácil enhebración en los espacios interproximales.

También encontramos en el mercado la seda 3 en 1 que tiene una parte rígida, una flexible, y en el centro una esponja que nos sirve para limpiar especialmente la porción de los púnticos de la prótesis parcial fija.

*** Limpiadores interdentarios de caucho, madera y plástico.**

Son usados para superficies proximales inaccesibles para los cepillos; son útiles cuando se han creado espacios interdentarios ya sea por la pérdida de tejido gingival, por los púnticos entre sí, o unidos con los pilares. No se debe forzar las puntas entre las papilas interdentarias intactas y los dientes, puesto que crearían un espacio donde no lo hay. Las puntas de caucho son útiles para la limpieza de furcaciones.

* *Cepillo interdentario*

Útiles cuando son varias las coronas realizadas, o cuando los dientes, especialmente posteriores tienen una recesión marcada y el espacio interdentario está aumentado y es difícil de higienizar de la manera clásica, así como también para los púnticos de la PPF.

* *Aparatos Irrigadores bucales*

La irrigación con agua es un accesorio eficaz de la higiene oral, que cuando se utiliza además del cepillado proporciona ventajas mayores que las obtenidas mediante el cepillado solamente.

* *Inhibidores Químicos de la placa*

En la actualidad, la clorhexidina inhibe la formación de placa, pero su principal objeción consiste en la decoloración de los dientes y las restauraciones.

La clorhexidina viene en una presentación de solución 0,1%- 500c.c. Se sugieren enjuagatorios bucales mañana y noche, con una cucharadita de líquido puro o levemente disuelto en agua, manteniéndolo en la boca durante 1 minuto.

2. REVISION DE LA OCLUSION

Se debe observar la oclusión del paciente la cual debe coincidir con el tipo de oclusión que previamente habíamos determinado, y se deben hacer los ajustes pertinentes para el mejor funcionamiento y confort del paciente.

3. ARMONIA Y SALUD DE LOS TEJIDOS ORALES CON LAS RESTAURACIONES PROTESICAS

Observar todos los tejidos de la cavidad oral en especial carrillos, mejillas, lengua etc.,...ver si hay úlceras o laceraciones o cualquier otra lesión producto de la prótesis. Preguntarle al paciente si siente alguna molestia en especial, y a su vez analizarle la fonética, si su prótesis interfiere o no en la pronunciación de ciertos fonemas.

B. POST-OPERATORIO MEDIATO

1. VISITAS PERIODICAS

Se recomienda que los pacientes con restauraciones coladas sean vistos al menos cada seis meses.

Una visita menos frecuente puede conducir a pasar por alto caries recurrente o a desarrollo de la enfermedad

periodontal. Los pacientes a los cuales se les ha proporcionado una prótesis fija extensa, especialmente cuando estaba presente una enfermedad periodontal avanzada requieren visitas de control más frecuentes.

2. HISTORIA Y EXPLORACION

La historia médica y dental del paciente se revisa y se pone al día, y el paciente es examinado empleando los principios de anamnesis, exploración general, exploración extraoral.

En la exploración intraoral se deben observar signos precoces de las diferentes enfermedades que se puedan detectar en las visitas de control. La exploración radiográfica aporta información esencial que complementará la información clínica.

3. HIGIENE ORAL Y DIETA

Habitualmente existe una tendencia de los pacientes a ser menos diligentes en sus esfuerzos de control de placa, tras completar la fase activa del tratamiento. Los signos de deterioro en la higiene oral se deben buscar cuidadosamente y se evaluará la eficacia del control de placa en cada visita mediante un índice objetivo. Se observa el registro de control de placa después de terminado el tratamiento donde se enseñaron las medidas de higiene oral correcta; luego en cada visita de seguimiento se debe mantener un buen control de placa.

Las deficiencias se deben identificar precozmente y se debe iniciar el tratamiento correctivo. Además se debe buscar información en lo que se refiere a cambios con la dieta.

CARIES DENTAL

La caries dental es la causa más frecuente de fracaso de una restauración colada. Su detección puede ser muy difícil, especialmente cuando se emplea el recubrimiento completo. En cada visita los dientes se deben secar e inspeccionar visualmente con cuidado, se debe hacer un uso cuidadoso del explorador cuando se evalúan las lesiones precoces del esmalte, dado que una exploración manual intensa puede lesionar la matriz de esmalte desmineralizada y frágil.

Si la restauración colada es sostenida por el núcleo de amalgama o composite, la extensión de la caries puede ser difícil de determinar. Cuando existen dudas de que se ha eliminado toda la dentina cariada es prudente sustituir toda la restauración.

La caries de las superficies radiculares expuestas pueden ser un problema grave en un grupo de edad que busca habitualmente atención protésica fija.

PREVENCIÓN DE LA CARIES RADICULAR

La higiene lingual es una parte crucial de la higiene oral en el adulto mayor, con el fin de controlar el crecimiento de *A. Viscosus*.

Las aplicaciones tópicas de solución de fluoruro de estaño al esmalte, cemento, y dentina descalcificados, remineralizan el tejido y aumentan su resistencia a una mayor quelación después de la remoción de la capa bacteriana superficial.

El cemento absorbe el flúor más rápido en concentraciones más altas que el esmalte y la dentina. Se recomienda fluoruro estañoso al 4% aunque aún no hay evidencia científica para comparar su efectividad con la del fluoruro de sodio o fluorofosfato acidulado. Es importante mencionar que la exposición del cemento a la acción lavadora de la saliva y a la acción limpiadora de las comidas detergentes hará que aún las lesiones adamantinas activas se detengan. El tejido duro se remineraliza parcialmente y se pigmenta profundamente. Estas lesiones detenidas pueden permanecer estáticas durante muchos años sin necesidad de restauraciones, siempre que el área se mantenga limpia por el cepillado y esté sujeta a un tratamiento periódico de fluoruro.

FLUORURO

* Colutorios con fluoruros

Las soluciones fluoradas de mayor eficacia son las de fluoruro de sodio 0.05% y la solución de fluoruro de estaño al 0.1%

Concentraciones iónicas.

- Solución de FNa al 0.05% contiene 220 p.p.m.
- Solución de FNa al 0.2% contiene 900 p.p.m.
- Solución de FSn al 0.1% contiene 242.5 p.p.m.

El FNa al 0.05% y el FSn al 0.1% se dan en enjuagatorios diarios, una vez al día después de un prolijo cepillado, antes de irse a dormir.

El FSn al 0.2% difiere de los anteriores en que se usa solamente una vez a la semana. En general se recomienda el uso de colutorios diarios a pacientes con gran actividad cariogénica prefiriéndose el uso semanal en aquellos con actividad cariogénica moderada.

Eficacia:

Con los enjuagatorios fluorados se ha logrado hasta un 57% de reducciones de la incidencia de caries.

* Pastas dentales:

Dentífricos tienen una concentración normal de ión flúor entre 1000 p.p.m. a 1500 p.p.m., existiendo experiencias de hasta 2500 p.p.m. sin evidenciarse efectos nocivos cuando está bien indicado y controlado su uso.

Su objetivo terapéutico consiste en mantener diariamente un nivel mínimo de fluoruración tópica, especialmente del esmalte y cemento radicular, promoviendo su resistencia a la solubilidad en ácidos.

Eficiencia:

Comprobada clínicamente, alcanza a un 40% pero es recomendable su uso como complemento a otras técnicas de fluoruración.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Esta enfermedad se produce frecuentemente tras la colocación de prótesis fija sobre todo cuando el margen cavo superficial se coloca subgingivalmente o cuando la prótesis está sobrecontorneada. La inflamación es más grave cuando las restauraciones ajustan de manera deficiente, pero incluso unos márgenes "perfectos" se han asociado con periodontitis. En las visitas control se presta especial atención a la hemorragia surcular, afección de furcas y formación de cálculo como signos precoces de enfermedad periodontal.

DISFUNCIÓN OCLUSAL

El paciente es explorado en busca de signos de disfunción oclusal en cada visita de control. Debe hacerse preguntas referentes a hábitos nocivos como el bruxismo; la exploración de las superficies oclusales puede revelar anomalías como facetas de desgaste. En particular inspeccionarse los caninos dado que aquí el desgaste conducirá rápidamente a contactos de interferencias en los movimientos excursivos sobre dientes posteriores. Se debe investigar la movilidad dental anormal, al igual que el dolor muscular y articular. Es útil emplear una técnica estandarizada de palpación muscular y articular. Periódicamente deben rehacerse unos modelos diagnósticos articulados y compararse con registros previos, de forma que los cambios oclusales se puedan monitorear y reiniciar el tratamiento correctivo.

SALUD PULPAR Y PERIODONTAL

Un paciente puede recordar haber experimentado uno o más episodios de dolor durante los meses previos. Esto puede indicar la pérdida de vitalidad de un diente pilar y debe investigarse. Entonces puede emprenderse medidas correctivas apropiadas.

Una de las ventajas de las restauraciones de recubrimiento parcial es que la salud pulpar se puede monitorear con pulpómetro eléctrico, aunque la vitalidad de cualquier diente con una corona completa puede seguir evaluandose mediante medios térmicos.

Es difícil correlacionar el estado histológico de una pulpa directamente con la respuesta del paciente a las pruebas pulpares. Por esto, dichos resultados deben combinarse con otros datos clínicos que resulten de una cuidadosa toma de la historia y exploración. Frecuentemente es aconsejable la opinión de un endodoncista.

Las radiografías aportan información útil, como la presencia de enfermedad periapical.

Se recomienda que dientes tratados endodónticamente se revisen radiográficamente cada pocos años. El empleo de una técnica estandarizada permitirá al dentista llevar a cabo comparaciones objetivas con radiografías previas.

VISITAS DE URGENCIA:

Debe instruirse a los pacientes para que se den cuenta de cambios pequeños en la salud oral y que los comuniquen sin demora. Por ejemplo, la carilla de porcelana de una restauración de metal-porcelana puede protegerse de nuevas fracturas cuando al descubrir una pequeña grieta, esta se redondea rápidamente y se ajusta inmediatamente la oclusión. Posponer el tratamiento correctivo puede ser especialmente costoso, requiriendo rehacer una prótesis compleja que se podría haber salvado si se hubiera prestado una pronta atención al problema.

* DOLOR

Un paciente que se presente con dolor debe ser interrogado sobre su localización, característica, intensidad, duración e instauración.

Se deben investigar factores que lo precipitan, alivian o modifican, y se deben iniciar medidas terapéuticas adecuadas.

Aunque la mayor parte del dolor oral tiene un origen pulpar éste nunca debe presuponerse y siempre se recomienda una investigación detallada.

* Retenedor de pilar suelto

Un retenedor suelto puede no ser percibido fácilmente por el paciente, en especial si es parte de una prótesis fija soportada por varios dientes pilares. El paciente debe haber notado un mal olor o sabor en vez de ser capaz de detectar el movimiento.

Frecuentemente es imposible o difícil la retirada de la prótesis intacta para su recementación. En ocasiones, el empleo de un martillo de levantar coronas de forma adecuada será útil. En otras ocasiones tendrá éxito una tracción directa con una pinza hemostática. (Las carillas de porcelana se deben revestir antes con resina acrílica de autopolimerizado para que no se fracturen).

Un retenedor suelto es signo de una preparación dental inadecuada, de una técnica de cementación deficiente o de caries. En este caso el diente requerirá una nueva preparación y se debe confeccionar una nueva prótesis en vez de intentar retirarla intacta.

* Fractura de la porcelana

No es infrecuente el fracaso de una restauración de metal-porcelana. Habitualmente se relaciona con defectos en el diseño del armazón, procedimiento de laboratorio incorrecto, función oclusal excesiva o traumatismos (por ejemplo accidentes de automóvil o deportivos). Si la porcelana se ha fracturado en una prótesis de unidades múltiples en otros aspectos satisfactoria, para ahorrar al paciente molestias, tiempo y costos adicionales, está justificado un intento de repararla en vez de rehacerla.

Cuando la porcelana fracturada no está ausente y existe poca o escasa carga funcional sobre el punto de fractura, en ocasiones se puede unir utilizando un sistema de reparación de porcelana, con agentes adhesivos de silano para estimular la adhesión con acrílico o composite especialmente, alcanzando hasta el 40% de la fuerza de la porcelana original. No obstante y desgraciadamente, la resistencia de las uniones confeccionadas de esta forma parecen disminuir con los cambios en la temperatura. Se considera que dicha reparación solo tiene ventajas temporales. No obstante, puede ser preferible a desmantelar y rehacer una prótesis parcial fija compleja.

En otras circunstancias la fractura se puede reparar con composite retenido mediante socavados mecánicos en el armazón metálico. También se recomienda el empleo de un agente adhesivo de silano en estas reparaciones. En ocasiones se puede efectuar una reparación más permanente haciendo que una restauración metal-porcelana ajuste sobre el original fracturado. Esta es útil cuando se ha fracturado el pónico y no el retenedor del pilar. Se requiere algo de ingenio para producir un diseño adecuado. La dificultad más frecuente que se encuentra cuando se intenta dicha reparación, es que los conectores pueden debilitarse durante la preparación, con el riesgo asociado a fractura posterior de la prótesis.

RESUMEN

Una atención de seguimiento bien organizada y eficaz es el mecanismo básico para asegurar el éxito de la prostodoncia fija. Es probable que una restauración que se cimente, olvide e ignore, acaba por fracasar independientemente de la experiencia con que se haya diseñado y ejecutado.

Los dientes restaurados requieren una eliminación de placa y mantenimiento más asiduos que los dientes sanos no restaurados.

Una PPF requiere atención adicional. Si se desea alcanzar el objetivo de proporcionar servicio mediante el éxito de la prostodoncia fija, estos hechos se deben reconocer y comunicar al paciente en la fase inicial del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA:

1. BARATIERO LUIS NARCISO. *Procedimientos preventivos y restauradores*. Editorial Santos. Páginas 43 a 63 y 170 a 182, 1992.
2. CRISPIN BRUCE J. *Contemporary esthetic dentistry practice fundamentals*, Ed. Quintessence publishing, pag .105 a 297. 1994.
3. DAWSON PETER A. *Evaluación Diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales*, Ed. Salvat, pag 629 a 631. 1991.
4. GLICKMAN INVING., *Periodontología Clínica*, Editorial Interamericana, pag 433 a 463 . 1974.
5. GOMEZ SOLER SANTIAGO. *El fluor en odontología preventiva*, Talleres gráficos Valparaiso, pag. 104 a 105 y 108 a 109. 1991.
6. HARRY F. ALBERS. *Odontología estética; selección y colocación de materiales*. Ed. Labor S:A. 18-72 y 209-237. 1988.
7. KORNFLD. *Rehabilitación bucal volumen 2*, Editorial mundi páginas de la 380 a 393. 1972.
8. LINDHE JAN. *Periodontología clinica*, Editorial Panamericana, 489-492. 1986.
9. MARTIGNONI M. Y SCHÖNENBERGER. *Precision fixed prosthodontics: clinical and laboratory aspects*, Quintessence publishing, pag 383 a 526. 1993.
10. MORRIS ALVIN L., BOHANNAN HARRY M. *Las especialidades odontológicas en la práctica general*, Ed .Labor s.a., pag 1 a 12.y 591 a 714. 1980.
11. O'BRIEN WILLIAM, RYGE GUNNAR. *Materiales dentales y su selección*, Ed. Panamericana, pag 287 a 318. 1980.
12. PALOMINO HERNAN. *Nutrición y su importancia en la rehabilitación del desdentado*. Revista "Sociedad de prótesis estomatológica" Vol IV, #1. pag 33 a 39, 1993.
13. PLANAS PEDRO. *Rehabilitación Neuroclusal*. Ed. Salvat Cap. 17. 1987.
14. SENDYK. *Atlas de higienizacáo bucal*. Editorial Panamed, páginas 104 a 130. 1990.
15. SHILLINGBURG, HOBBO, FISHER. *Fundamentos de prótesis fija ed. Quintessence*. 280-286 1978.
16. SKINNER, *La ciencia de los materiales dentales*, Ed Interamericana, pag capítulo 31. 1980.
17. STEPHEN F. FOSENSTIEL Y OTROS. *Prótesis fija procedimientos clinicos y de laboratorio*, Editorial Salvat, pag 505 a 533. 1991.
18. TILMAN'S, WILLIAM F. P. MALONE Y D.E KOTH. *Teoría práctica en prótesis fija*, Editorial Latinoamericana , pag 25 a 45, 393 a 400 y 347 a 356. 1991.
19. URREA VIVIANA. *Memoria Comparación de técnicas educativas en la modificación del nivel de higiene bucal en adultos*. Universidad de chile. 1989.
20. VALENZUELA VLADIMIR. *Adhesión de cementos de vidrio ionómero tipo I a metales no nobles*. Revista de odontología Chilena. vol 9:1, 1991
21. VEGA HERNAN, MUÑOZ GARCIA ANGEL. *Manual clinico de prótesis fija unitaria (coronas)*. Ed. Publident Ltda., 22-25 y 213-215 1982.