

IMPORTANCIA DE LA INMOVILIZACION EN PERIODONTOLOGIA

por el

DR. W. G. CROSS

De Londres

La inmovilización es uno de los muchos métodos de tratamiento empleado en los tipos destructores de la enfermedad periodontal. Se ha venido utilizando durante décadas en varias formas; los antiguos egipcios, por ejemplo, lo hicieron por la ligadura interdental.

La inmovilización de algunos o todos los dientes está sometida a la crítica periódica; si la membrana periodontal permite un pequeño movimiento de los dientes y este movimiento es fisiológico, la férula, por el contrario, que los solidariza, no permite este movimiento.

Sin embargo, la mayor parte de las férulas permiten algún ligero movimiento del diente y, hasta tanto la investigación no lleve a efecto la medida de este movimiento, el grado de movilidad del diente será objeto de la natural especulación.

Permítasenos examinar, en primer lugar, las indicaciones para la inmovilización de los dientes. La más importante indicación es indudablemente el exceso de movilidad. Vemos ciertos casos donde los dientes están excesivamente flojos, y el hueso soporte alveolar es casi inexistente; mientras, la membrana periodontal, observada a los rayos X, se advierte engrosada, pudiendo decir que, en estos casos, los dientes no tienen salvación. Es importante advertir que, al establecer el pronóstico de estos dientes, uno no debiera apoyarse exclusivamente en el examen radiológico. En muchos casos dientes que aparecen sin el menor soporte alveolar, clínicamente, sin embargo, no tienen apenas movilidad.

Tenemos también dientes que padecen una señalada movilidad, y sólo raramente han de extraerse; ¿son esos dientes que presentan una movilidad precoz, los que hemos de inmovilizar?

Nosotros creemos que, en muchos casos, la inmovilización se ha de hacer muy pronto, mejor que tarde. Permítasenos, sin embargo, examinar los objetivos de la inmovilización, los principios en los cuales su

éxito depende únicamente del pronóstico señalado, así como estudiar los diferentes métodos de inmovilización empleados.

O b j e t i v o s

1.º El primero y principal es fijar los dientes movedizos. Los dientes deben ser inmovilizados completamente, en dirección buco-lingual, mesio-distal o axial. Es necesario, sin embargo, subrayar que la inmovilización en dirección axial no siempre es exigible, aun cuando pueda realizarse. Tal inmovilización permitiría tener ausente la infección, el proceso de reparación; sin inmovilización este proceso de reparación es imposible debido al constante trauma.

2.º En los últimos veinte años se ha venido dando creciente importancia, por los periodontistas, a la eliminación de la oclusión traumática, al establecimiento del equilibrio en la oclusión. Este equilibrio puede establecerse por el tratamiento ortodóncico, o rehabilitarse la articulación con puentes, aparatos, incrustaciones, etc., así como por la devastación de los dientes antes de proceder a aquellas medidas, o a la vez.

En el caso de férulas fijas es necesario que ellas no perturben el plan de equilibrio general. Se han preparado férulas, como las proyectadas por diversos autores, férulas no concebidas para mantener o establecer el equilibrio oclusal, por lo que en protrusión, por ejemplo, han llegado a producir trauma oclusal.

Nuestro criterio es, pues, el de obtener una oclusión equilibrada, si es que es necesario, y luego preparar la férula, mejorando, si es posible, este equilibrio.

3.º La férula ha de conseguirse de manera que restaure la oclusión. En ciertos casos se le añadirán, pues, los dientes necesarios, o, en otros, se suplirá la falta de contacto proximal que pueda faltar entre los dientes más o menos próximos.

P r i n c i p i o s

1.º *Posición en la que ha de establecerse la inmovilización.*—No se puede ser dogmático en este punto. En algunos casos resulta imperativa la inmovilización tal y como se encuentra el paciente, lo cual representa una gran comodidad para él, y la menor cantidad posible de devastación, en el caso de que sea necesario cualquier tallado. En la mayoría de los casos, será lo mejor una limpieza de los fondos de saco. Es en este momento cuando esto es más fácilmente posible, sobre-

todo si se colocan férulas fijas. Es, por lo tanto, aconsejable no colocar férulas hasta tanto no se haya conseguido una higiene oral aceptable, con la eliminación de los fondos de saco y restaurando el equilibrio oclusal y funcional. Si, como resultado de estas medidas, no disminuye la movilidad en pocos meses, esto constituye una indicación para la inmovilización.

2.° En general, la inmovilización ha tendido en el pasado a ser adoptada en los casos más avanzados del proceso morbo periodóntico, cuando la movilidad es ya muy marcada. Entendemos que en el futuro será adoptada en momentos más precoces, y así entendemos que este punto de vista será participado por otros periodontólogos. Todos hemos visto dientes sobrecargados con una ligera movilidad que, al corregir el trauma con la devastación, se reafirman; si así no fuera, se ha de inmovilizar por medio de una férula temporal, con lo que en un corto período, la movilidad o ha cesado o disminuído, y la férula puede retirarse.

3.° Uno de los más importantes procedimientos en la preparación de la férula, para bicúspides y molares, en casos de movilidad buco-lingual, es la reducción de las superficies oclusales, en su longitud buco-lingual, por la devastación. Esto reduce el componente lateral de la fuerza, lo cual puede aparejarse con la reducción de las cúspides.

Prognóstico

El pronóstico depende de varios factores. Los principales son:

1. La relación corona: raíz.
2. La longitud, forma y número de las raíces.
3. El número de los dientes pilares.
4. El vano entre los pilares; y
5. La capacidad de los tejidos orales para mantener una higiene correcta, sana.

Tanto mayor es la parte coronaria de un diente con respecto a la raíz soportada en el alvéolo, tanto peor es el pronóstico, menos favorable. Las raíces cónicas o delgadas, así como las fusionadas, representan un pronóstico desfavorable. Por otro lado, las gruesas, largas, ampliamente divergentes, son favorables desde el punto de vista del pronóstico. Es también más deseable que la anchura de la corona no sea desproporcionada a la mayor anchura de la raíz. No es infrecuente ver grandes coronas, correspondiendo a pequeñas y cónicas raí-

ces; en estos casos, la enfermedad periodontal puede representar un problema mayor.

Existe una tendencia a utilizar más que menos dientes como pilares, lo cual es necesario, particularmente, si los así designados sufren el ataque periodontal. En este sentido, es útil recordar la gran ayuda que presta una férula que forme arco de círculo; por ejemplo, un lateral se verá grandemente reforzado incluyendo como pilares el incisivo central y el canino, quizás también el primer bicúspide, y no sujetarlo meramente al central o al canino exclusivamente.

Se sobreentiende que, cuanto mayor es la distancia entre los pilares, menos favorable es la situación, en cuyo caso un pilar adicional debe ser incorporado. Finalmente, considerando el pronóstico, los tejidos deben mantenerse—hemos dicho—sanos. En algunos casos, esto puede representar una dificultad, por ejemplo, en los casos con fondos de saco, con bi o trifurcaciones radiculares y en los casos de dientes coronados o apiñados; en tales casos puede estar indicada la extracción.

Tipos de férulas

Las férulas pueden dividirse en *temporales* y *permanentes*. Las férulas temporales están indicadas cuando se trata de conseguir una inmovilización para un corto período de tiempo, mientras se llevan a cabo otros remedios terapéuticos, en los que, como consecuencia, se puede esperar una disminución de la movilidad. A este propósito están indicadas las ligaduras, las bandas ortodóncicas, etc.

El empleo de las ligaduras está limitado a los dientes anteriores, en los que puede proporcionar una buena inmovilización, aun cuando el trenzado de los extremos representa siempre un estancamiento de partículas alimenticias.

Las férulas permanentes pueden ser *fijas* o *desmontables*. Las primeras son en muchos casos las mejores, pero necesitan, para su preparación y tallado, paralelómetros y costosos colados; exigen, además de la habilidad correspondiente del operador, un mayor gasto. La preparación consiste en los tres cuartos de corona, o coronas completas, incrustaciones, etc., soldadas entre sí. Las férulas fijas, desmontables, pueden conseguirse de oro o aleación cromo-cobalto, etc.

Quisiéramos mencionar una férula de excepción, y que no necesita el empleo, como las otras preparaciones, del paralelómetro. Es la férula de amalgama. En lo que nosotros sepamos, el empleo de la amal-

gama, como inmovilizador, no ha sido utilizado ampliamente, y teóricamente sus propiedades nos la ofrecen como un material bien práctico. En los casos indicados, que nosotros lo hemos utilizado, aunque con una experiencia limitada, este método puede proporcionarnos éxitos.

En conclusión, hemos de afirmar que la inmovilización, realizada por férulas preparadas al efecto o representadas por aparatos de prótesis parcial, juega un importante papel en el tratamiento de las enfermedades periodontales, y, en consecuencia, que no debe tomarse como una medida heroica sólo para los casos muy avanzados o desesperados.

(*per* "Paradontlgie.", 119, vol. VIII, núm. 3.)

Técnica indirecta para las impresiones de hidrocoloide, por THOMPSON.
MORRIS J.: "J. of American Dental Ass.", 46, p. 1.

En una serie de pruebas se empleó material hidrocoloide; se obtuvo una mixtura parecida a la masilla, mezclando con una espátula el hidrocoloide con un poco de agua y comprimiendo después la mixtura en un paño limpio, con el objeto de remover el exceso de humedad. Al emplear esta mixtura para hacer una impresión se obtuvieron con ella modelos de dimensiones exactas. Los modelos hechos por este procedimiento resultaron también más pulidos y duros que los obtenidos de otra manera.

Para determinar el mejor método de preparación y uso, se hicieron distintas pruebas con hidrocoloide. Estas pruebas demostraron que el hidrocoloide se contrae, aproximadamente, un 0,28 por 100, esto es, la misma proporción de contracción que la de la expansión de hidrocoloide preparado en la forma descrita antes. Los ensayos comprobaron también el hecho de que la completa licuación del hidrocoloide puede asegurarse colocando un recipiente sellado, conteniendo este material, en un baño de agua a la temperatura de ebullición por un período de ocho a diez minutos. Para condicionar el material y contar con una existencia que pueda estar lista para ser usada en ocho horas de trabajo diario se recomendó almacenarlo a una temperatura de 60° C.

Sumergiendo la copa de hidrocoloide en un baño de agua a una temperatura más reducida, como la de 45° C., durante un período mínimo de diez minutos, no sólo se aseguró la comodidad del paciente, sino que también se consiguió una impresión con mayor viveza de detalles marginales y exactitud, gracias a la mayor firmeza del hidrocoloide.

Se le emplea, y con gran ventaja, en casos de restauraciones sencillas o múltiples, puentes fijos y puentes removibles de precisión, y para toda clase de dentaduras parciales. Su uso más ventajoso es en los casos de completa rehabilitación bucal, especialmente en aquellos en los que las cúspides deben coordinarse y equilibrarse.