

19
Zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**PROTESIS FIJA EN
METAL-PORCELANA**

*Revisa y Autoriza
V. B. ...*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MA. DE LOURDES ALVARADO OROZCO



MEXICO, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I.	
I. ASPECTOS GENERALES.	4
a. Pilar.	4
b. Retenedor.	6
c. Póntico.	8
d. Conectores.	10
2. IMPORTANCIA DE LA PROTESIS FIJA.	10
3. RAZONES PARA TRATAR LA PERDIDA DENTARIA.	12
4. INDICACIONES DE LA PROTESIS FIJA.	12
5. CONTRAINDICACIONES DE LA PROTESIS FIJA.	13
6. VENTAJAS DE LA PROTESIS FIJA.	14
7. DESVENTAJAS DE LA PROTESIS FIJA.	15
CAPITULO II. EVALUACION CLINICA DEL PACIENTE.	
1. HISTORIA CLINICA.	17
a. Historia Médica.	17
b. Historia Dental.	19
1) Exploración de los Tejidos Blandos.	20
2) Exploración de los Tejidos Duros.	20
3) Examen Oclusal.	21
4) Exploración de las Articulaciones Temporo- mandibulares.	22
5) Examen radiográfico.	22

6) Modelos de Estudio.	23
2. PREPARACION PARA LA PROTESIS.	23
CAPITULO III. INSTRUMENTACION Y PREPARACION DE LOS PILARES.	25
1. CONSIDERACIONES BIOMECANICAS EN LA PREPARACION DENTARIA.	25
2. PREPARACION PARA CORONA COMPLETA EN METAL PORCELANA.	28
a. Terminaciones Subgingivales.	30
CAPITULO IV. PROTESIS PROVISIONALES.	34
1. CARACTERISTICAS DE LAS PROTESIS PROVISIONALES.	34
2. VENTAJAS DE LAS PROTESIS PROVISIONALES.	36
3. DESVENTAJAS DE LAS PROTESIS PROVISIONALES.	38
4. TIPOS DE PROTESIS PROVISIONALES.	39
CAPITULO V. IMPRESIONES.	42
1. TECNICA EN DOS TIEMPOS.	43
2. IMPRESION CON COFIAS DE ACRILICO O METODO DE TRANSFERS.	46
CAPITULO VI. PRUEBAS CLINICAS DE LA PROTESIS.	51
1. USO CLINICO DE LA PORCELANA CON BASE METALICA.	51
a. Prueba de Metales.	53
b. Obtención del Color.	57
c. Prueba de Biscocho.	59
CAPITULO VII. CEMENTACION DE LA PROTESIS.	63
1. CEMENTACION PROVISIONAL O TEMPORARIA.	64

2. CEMENTACION DEFINITIVA.	55
CAPITULO VIII. INSTRUCCIONES AL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO DE LA PROTESIS.	70
1. FISIOTERAPIA BUCAL.	70
CONCLUSIONES	74
BIBLIOGRAFIA	77

I N T R O D U C C I O N

La Odontología es una rama de la Medicina que se en carga de prevenir y tratar cualquier alteración que afecte la integridad de la cavidad bucal así como la conservación de su salud.

Algún día quizá la Odontología logrará salvar los - incontables dientes que anora se pierden por causas tan evita bles como la caries dental y la enfermedad parodonta!. Sólo- entonces las pérdidas que acarrear la violencia, los acciden- tes y las deformidades desafiarán a la profesión, pero ese - día aún no ha llegado y ésta debe lidiar todavía con una in- calculable carga de pérdidas dentarias humanas. Esta falta - comprende no sólo una disminución inmediata del confort y la eficacia masticatoria, dificultad en las enunciaciones y dis- torción en el contorno facial, sino también perturbaciones - progresivas en todo el aparato masticatorio.

Cuando se pierde uno o más dientes se origina una - disminución inmediata en la función normal, ésta disminució- nes en proporción al número de dientes faltantes y a la fun- - ción que desempeña cada diente, de manera que dicha condición debe ser eliminada o bien prevenida mediante su rápido reem- - plazo con un aparato protésico.

Es entonces deber de todo Odontólogo el evaluar en el paciente no sólo las deficiencias mecánicas de la pérdi- - dentaria, sino también las modificaciones biológicas que ocu- - rren tras esa pérdida, cuya alteración llega a involucrar a - ambas arcadas.

El campo de la Prótesis Fija abarca desde la restau

ración de un sólo diente hasta la rehabilitación de toda la oclusión. La rehabilitación de un diente aislado incluye la devolución de su capacidad de trabajo con el logro de su mejor efecto estético; en tanto que con rehabilitaciones más amplias se restituye no sólo su mejor efecto estético y fisiológico sino que se alivian o previenen en lo posible los problemas relacionados con la pérdida dentaria que actúan sobre las articulaciones temporomandibulares y sus componentes neuromusculares.

Uno de los objetivos primordiales de esta Tesis es la de hacer hincapié en la importancia que tienen todos los conceptos fundamentales sobre Prótesis Fija para su utilización en técnicas y procedimientos en Rehabilitación Dentaria.

El sólo aprendizaje de los conceptos teóricos en rehabilitación bucal no son suficientes para evaluar lo correcto y lo erróneo de los procedimientos que clínicamente se efectúan; la práctica y la experiencia adquiridas son factores muy importantes también sin embargo es indispensable tenerlos siempre presentes. Saber la importancia que tienen las interrelaciones que existen entre las diferentes ramas de la Odontología (Parodoncia, Endodoncia, Operatoria, etc.) con la Prótesis Fija para poder aplicarlo a problemas que se plantean frente a un tratamiento dental complejo teniendo presente que no se van a usar de un modo independiente.

Tener un conocimiento básico de los procedimientos de laboratorio para reconocer si todos los pasos se efectuaron correctamente y en caso de no ser así ser capaz de detectar los defectos y sugerir o hacer las correcciones necesarias para evitar gastar tiempo y esfuerzo en buscar solución a un problema.

Señalar que el llevar una secuencia en nuestros procedimientos antes de llegar a la realización de las prótesis-

permite además de mantener un orden en nuestro trabajo el logro de un tratamiento dental con éxito, el cual se va a reflejar en nuestro desarrollo profesional.

Retener lo mejor de los conceptos que nos imparten para aplicarlos junto con los nuevos que se van aprendiendo, permite con la práctica obtener una experiencia más amplia para los siguientes tratamientos.

Por lo tanto el Odontólogo debe cumplir con responsabilidad profesional ante los pacientes a través de juicios sanos y correctos realizándolos de una manera eficiente y prepararse continuamente para mantener en alta calidad los servicios profesionales.

A los pacientes que sólo están interesados en el logro de su salud, debemos enseñarles el respeto que deben tener al servicio que les brindamos, ya que de otro modo nunca lo aprenderán si no es el propio Odontólogo el que muestra respeto a su propio trabajo. En cuanto a las rehabilitaciones en metal-porcelana ojalá se pudiera difundir su uso a través de los mismos pacientes la funcionalidad y la belleza que se logra con estas restauraciones (no obstante su costo) para que no sea un pequeño sector el que las conozca.

C A P I T U L O I

ASPECTOS GENERALES

La Prótesis en general es una restauración parcial o total de un órgano al que le devuelve su anatomía y función.

Una Prótesis Parcial Fija es una restauración rígidamente cementada a dos o más dientes pilares y que reemplaza a uno o más dientes naturales perdidos o ausentes.

Una Prótesis Fija se desarrolla a partir de cuatro elementos básicos que son:

a. Pilares.

Son los dientes naturales o raíces (que pueden ser dos o más) a los cuales se fija la prótesis y que proveen el soporte.

En todas las prótesis fijas se requiere un pilar en cada extremo del espacio edéntulo por restaurar, sin embargo a menudo se encuentran dientes intermedios en la extensión de la prótesis o bien dientes pilares terminales adicionales - - cuando en el espacio por restaurar faltan dos o más dientes y requiere darse más resistencia a los dientes pilares.

El factor más importante cuando se preparan dientes vivos para prótesis fija, es la conservación de la vitalidad del diente por medio de una reducción dentaria uniforme con la disminución de los factores que pudieran originar que dicha pulpa degenera durante la reducción dentaria.

Un diente tratado previamente con Endodoncia puede reconstruirse mediante el empleo de una corona total y utilizarse como un diente pilar si se encuentra obturado adecuadamente y no presente radiográficamente reacción o reabsorción periapical.

Una segunda cualidad en un diente pilar es un buen soporte óseo alveolar, la cantidad de hueso existente en un diente pilar se determina clínicamente por el examen de la adherencia epitelial o por medio del examen radiográfico que permite observar la cantidad de hueso alveolar existente y su grado de funcionabilidad.

Lo ideal sería que un diente pilar tenga hueso suficiente para soportar las fuerzas a las que será sometido después de colocada la prótesis.

La longitud de la raíz de un diente pilar debe ser una y media veces la longitud de la corona, si la raíz es muy corta no van a proporcionar una resistencia suficiente contra las fuerzas masticatorias y mecánicas que van a dirigirse contra la prótesis, es por ello que debe calcularse previamente el tipo de carga que soportará, la intensidad de las fuerzas oclusales, el grado hasta el cual es posible estabilizarlo y la capacidad de sus estructuras de soporte.

Cualquier diente que sea empleado como diente pilar deberá tener suficiente estructura dentaria como para retener a la restauración y permitir una línea de terminación sobre tejido dentario sano, pueden utilizarse dientes con estructura coronaria corta siempre que los cortes o tallados a realizar se efectúen de manera tal que puedan aumentar su resistencia al desplazamiento o emplear dientes tratados previamente con Endodoncia para reconstruirlo mediante una corona y un perno, ensanchando el conducto radicular donde se colocará y que servirá como soporte de un muñón metálico para así em-

plearlo como diente pilar.

No existe contraindicación alguna para el uso de dientes anómalos o muy careados, como pilares, siempre que -- tenga suficiente estructura dentaria para soportar un retenedor y que cuente con tejidos de sostén aceptables. El tratamiento de elección puede ser la eliminación mecánica de la caries con dique de hule puesto y si estas son muy amplias iniciar el tratamiento Endodóntico.

Los dientes que presentan cierta inclinación Mesial o Distal pueden ser usados como pilares si dicha inclinación no interfiere en el paralelismo final que deben guardar los -- dientes pilares en sí.

La verticalización de molares inclinados a través -- de movimientos dentarios menores con un tratamiento sencillo ofrece muchas ventajas, ya que mejora las condiciones parodontales porque se dirigen las fuerzas oclusales en dirección -- axial por la mayor tolerancia del parodonto a estas fuerzas. -- Las condiciones protésicas también se mejoran porque permite tener un buen eje de inserción para las restauraciones, la -- oclusión es un factor constante que influye en la salud del -- parodonto, cualquier alteración en la aplicación de fuerzas -- repercute en los tejidos de soporte.

b. Retenedores.

Retenedor es una restauración que reconstruye al -- diente pilar tallado y mediante la cual se fija la prótesis a los dientes pilares.

Su función principal es la de retener y conectar al -- cuerpo de la prótesis con el diente pilar.

Soporta fuerzas mayores que las de una oclusión dentaria, dichas fuerzas se concentran en la unión entre la restauración y el diente, en la capa de cemento, la cual no tiene resistencia a las fuerzas de tensión y desplazamiento, y sí a las de compresión; por lo tanto el retenedor debe diseñarse de manera tal que las fuerzas se transmitan como fuerzas de compresión mediante la preparación de paredes axiales lo más paralelas posibles y tan extensas como lo permita el diente.

Debe poseer resistencia para oponerse a la deformación producida por las fuerzas funcionales, éstas pueden distorsionarlo originando que haya primero una separación de los márgenes del retenedor y por último el aflojamiento del mismo.

Un buen retenedor es aquél que puede construirse sin lesionar a la pulpa dental por una menor reducción dentaria en dicha dirección y que no modifica la forma dentaria.

El retenedor debe proteger y conservar la pulpa frente al choque térmico (originado por la ingestión de alimentos fríos o calientes) y galvánico (causado por restauraciones antiguas antagonistas al nuevo retenedor que reaccionan como polos eléctricos contra el mismo cuando son de naturaleza diferente a la restauración) y de cualquier daño futuro al diente. Debe ser fácil de limpiar, lo que implica que debe tener resistencia a la corrosión (deterioro real del metal por reacción con su medio circundante, reacción originada por la humedad de la boca, las fluctuaciones en la temperatura en la misma, variación del pH por la ingestión de diferentes alimentos, liberación de ácidos por la trituración de los alimentos y la adhesión de elementos en la superficie metálica) y a la pérdida de lustre (que es la pigmentación, la cual es originada por depósitos blandos y depósitos duros sobre la superficie metálica).

En cuanto a sus márgenes, éstos deben ser definidos para evitar la acumulación de alimentos.

c. Póntico.

Póntico es la parte de la prótesis que reemplaza al diente o dientes naturales perdidos y lo hace de una manera - estética y funcional.

Es el diente o dientes artificiales situados entre los dientes pilares, que ocupa la porción de la corona natural y que funciona por los dientes que reemplaza.

Al unir mecánicamente el póntico con los dientes pilares y cubrir una porción de la cresta residual, asume una - función dinámica como componente de la prótesis de manera que no puede ser considerada como una inserción inerte de algún - material.

El material empleado para realizar los pónticos es - un punto ampliamente discutido y se ha establecido que deben - poseer cierta resistencia, rigidez, durabilidad, compatibili - dad biológica y valor estético.

El factor más importante en la realización del póntico es el diseño del mismo así como la terminación de sus superficies; si éstas son ásperas o están mal terminadas van a permitir la formación de placa con un mayor acúmulo de residuos, tártaro y bacterias que van a irritar a los tejidos - blandos. De manera que la terminación de las restauraciones - (mal pulidas o con mala adaptación marginal) y la higiene en - que se conserven los pónticos y prótesis en general son fact - ores importantes para la salud de los tejidos que el material - es. Una evaluación histológica de la respuesta gingival a los materiales de restauración demostró que la inflamación - -

gingival ocurría a partir de la placa bacteriana y que no necesariamente era iniciada por la naturaleza del material o la aspereza de sus superficies.

La forma en que se relaciona el p \acute{o} ntico con el tejido gingival subyacente generó muchos nombres descriptivos de las diferentes formas de p \acute{o} nticos.

El término p \acute{o} ntico en silla de montar señala al tipo que cabalga sobre la cresta con gran recubrimiento de los tejidos, mayor que en el de recubrimiento m \acute{m} imo que se adapta a la mucosa por vestibular y se aparta por lingual. El p \acute{o} ntico sanitario tiene su superficie inferior separada de la mucosa y es convexo en todos sentidos.

La conservación del ancho oclusal normal de un p \acute{o} ntico procura un mecanismo de protección a los tejidos blandos durante la masticación, el reducir su diámetro no va a disminuir la carga oclusal, sólo va a cambiar la dirección de las fuerzas que sobre éstos se ejerzan, lo que contribuye a un pa-
saje incorrecto del alimento contra las caras proximales de los dientes pilares.

La restauración de la superficie oclusal será en Relación Céntrica y cuando sea necesario la carga oclusal podrá aliviarse acentuando su anatomía oclusal.

Una buena masticación se logra con crestas oclusales bien desarrolladas, surcos con vías de escape hacia vestibular y lingual y troneras proximales correctamente diseñadas.

En cuanto a las caras vestibulares de los p \acute{o} nticos, éstas deben armonizar con las características anatómicas presentes en el paciente.

En las superficies proximales, debe haber una - -

aproximación suave, sin presiones sobre el reborde de la pa*si* la interdientaria para lograr la estimulación de la misma; sus uniones deben ser redondeadas y no agudas para facilitar su limpieza.

d. Conectores.

Conector es la parte de la prótesis que une al rete nedor con el p*ntico*.

El conector de elección en la mayoría de las prótesis puede ser colocada como parte integral de la restauración o puede ser soldado a la restauración y el p*ntico* posteriormente.

2. IMPORTANCIA DE LA PROTESIS FIJA

Mientras las arcadas dentarias se encuentren inte- gras, se espera que su funcionamiento mecánico y fisiológico sea normal.

Cuando se pierde uno o más dientes por caries dental, accidentes, enfermedades parodontales, etc; se origina una disminución inmediata de la función normal; esta disminución es en proporción al número de dientes faltantes y a la función que desempeña cada diente.

Si esta condición no es modificada, el paciente va a continuar ingiriendo alimentos y en apariencia llevar una función dentaria normal y sana pero en el funcionamiento masticatorio van a haber modificaciones debidas a que los dientes remanentes van a soportar cargas adicionales por mayores esfuerzos.

Cualquier pérdida dentaria va a originar la alteración de la armonía existente.

Cuando se acercan los dientes superiores e inferiores en oclusión, los ejes longitudinales de ambos dientes, - confluyen en un ángulo que representa una fuerza resultante - en sentido mesial denominada Componente Anterior de Fuerza; - este componente es entonces el responsable de los contactos - íntimos interproximales existentes en cada diente, de la inclinación hacia mesial de los dientes y del empuje mesial de los mismos.

Cuando se pierden los contactos interproximales por la ausencia de algún diente, los dientes posteriores contiguos a ese espacio tienden a inclinarse mucho más hacia mesial, generando así la pérdida de la mayor parte de la eficiencia masticatoria porque sólo tocarán a la arcada antagonista con el área de las crestas marginales distales.

Esa relación oclusal tiene posibilidades traumáticas con predisposición a la enfermedad parodontal, por la pérdida de las áreas de contacto normales distales del diente -- que se ha inclinado, esto va a originar a su vez una tendencia al empaquetamiento alimenticio distal y formación de bolsas parodontales.

Las modificaciones producidas por la pérdida dentaria no se limitan exclusivamente a los dientes contiguos al espacio desdentado, también son directamente afectados los -- dientes antagonistas a dicho espacio.

Por ejemplo: cuando un diente inferior es extraído, origina la pérdida de la función oclusal normal para el antagonista superior ya que éste no puede ocluir por el espacio desdentado, por lo que el diente superior sobreerupcionará y lo hará hasta ponerse en contacto con uno de los dientes anta

gonistas o en casos extremos con el mucoperiostio. Más aún - ese diente sobreerupcionado se convertirá en un serio obstáculo para la oclusión y para la rehabilitación dentaria con prótesis dentales.

Otra alteración notable es que como la masticación - tiende a volverse unilateral, van a producirse ciertas desviaciones anormales en los movimientos mandibulares normales que van a inducir a la disfunción de la articulación temporomandibular y a espasmos musculares dolorosos de cara y cuello.

3. RAZONES PARA TRATAR LA PERDIDA DENTARIA

La rehabilitación de un diente aislado incluye la - devolución de su capacidad de trabajo, con el logro de su mejor efecto estético, en tanto que con rehabilitaciones más amplias se restituye no sólo su mejor efecto estético y fisiológico sino que se alivian o previenen en lo posible los problemas relacionados con la pérdida dentaria que actúan sobre la articulación temporomandibular y sus componentes neuromusculares.

4. INDICACIONES DE LA PROTESIS FIJA

a. Está indicado el uso de Prótesis Fijas cuando - el estado bucal del paciente es saludable, donde el ligamento parodontal de los dientes pilares se encuentra en condiciones normales y con buen soporte óseo para resistir las fuerzas -- que sobre ellos se van a ejercer, debido a que van a verse aumentados por los pónticos.

b. Cuando se disponga de dientes adecuadamente distribuidos en relación con los dientes por reemplazar, esta -- distribución debe ser de acuerdo con el lugar de los dientes-

faltantes para repartir las fuerzas de la masticación (Ley de Ante).

c. En los casos en que es necesario que actúe como férula en dientes tratados parodontalmente de una manera, pre via, para darles una mayor resistencia distribuyendo uniforme mente las fuerzas que sobre ellos se aplican, eliminando a la vez zonas de empaquetamiento alimenticio.

d. Está indicada cuando no hay movilidad dentaria, donde su relación corona-raíz es la adecuada.

e. Cuando necesita restaurarse dientes afectados - por caries, los cuales pueden ser empleados como pilares dentro de la extensión de una prótesis.

f. En dientes donde es necesario modificar la morfología como es en los dientes rotados, abrasionados, en forma de cono o bien en dientes que presentan trastornos de mine ralización como en la amelogénesis y dentinogénesis imperfecta, hipocalcificación, fluorosis, policaries y que pueden ser uti lizados también como pilares en una prótesis.

g. Donde ha habido fractura coronaria amplia y el diente puede restaurarse por los medios endodónticos y un res taurador intraradicular.

5. CONTRAINDICACIONES DE LA PROTESIS FIJA

a. Cuando existe una actitud desfavorable por parte del paciente hacia la Odontología y hacia sus dientes en particular.

b. Se contraindica el uso de Prótesis Fijas cuando el hueso se ha reabsorbido en los dientes pilares por oclu-

sión traumática o por enfermedad parodontal, se preferirá el uso de una prótesis removible con la eliminación previa de la enfermedad.

c. En pacientes adolescentes cuando los dientes no ocluyan todavía o cuando las puias son muy amplias e impiden desgastes adecuados.

d. En brechas amplias donde se generan cargas que comprometan la salud de los tejidos de soporte de los dientes que se eligen como pilares.

e. Cuando los dientes pilares se encuentran muy inclinados (por la mala dirección de las fuerzas oclusales) o con raíces muy cortas ya que no soportará las fuerzas a las que serán sometidos.

f. Si existe infección periapical muy amplia, la cual sea imposible eliminar.

6. VENTAJAS DE LA PROTESIS FIJA

a. Puede emplearse como restauración individual o como retenedor de una prótesis.

b. Brinda una mejor protección contra posibles - - fracturas de la estructura dentaria remanente en dientes debilitados y socavados por caries.

c. Satisface los requisitos estéticos y reproduce muchas características peculiares al diente restaurado.

d. Previene o alivia los problemas asociados con la pérdida dentaria que actúan sobre las articulaciones témporo mandibulares, componentes neuromusculares y estructuras aso

ciadas.

e. Debido a su estabilidad en los dientes pilares, simula a los dientes naturales de manera más cercana en función y comodidad.

7. DESVENTAJAS DE LA PROTESIS FIJA

a. Su preparación es ardua, pues requiere la atención máxima en su diseño para lograr una buena retención, el mejor modo de resistencia y el mejor efecto estético.

b. Se requiere de tiempo para dominar los aspectos técnicos de la fabricación de la prótesis fija.

c. Es difícil obtener una impresión exacta, con --traumatismo mínimo a los tejidos blandos.

d. La reproducción del color de algunos dientes naturales puede ser problemática.

e. Pueden existir molestias a los cambios térmicos durante la elaboración de la prótesis.

C A P I T U L O I I

EVALUACION CLINICA DEL PACIENTE

Para tratar integralmente a un paciente Odontológico es fundamental un diagnóstico cuidadoso. Un minucioso exámen del paciente y una evaluación completa de todos los datos disponibles, son elementos importantes para un diagnóstico integral y planificación de su tratamiento ya que ello determina el éxito o fracaso de los procedimientos restauradores.

Todos los elementos de diagnóstico son obtenidos a través de la Historia Clínica y serán completos y detallados tanto en observación como en su registro.

Una buena Historia Clínica comprende los datos más importantes sobre el malestar que lleva al enfermo a consultar con su médico y dentista.

La calidad de la Historia Clínica está determinada de gran manera por la capacidad del Cirujano Dentista para desarrollarla, el Cirujano Dentista debe ser cauteloso evitando dar un énfasis indebido a ciertos hechos y datos obtenidos en la Historia Clínica que con ello forzaría sus propias opiniones en la mente del enfermo.

Desde el momento que el enfermo penetra en el consultorio, el Cirujano Dentista debe prestar atención a la conducta y configuración general del mismo. Al desarrollar la Historia Clínica es posible determinar si los dientes del paciente son realmente importantes para él, observar su manera de ser, y la ansiedad que manifiesta; si desea someterse a un tratamiento prolongado y dedicar suficiente tiempo a los cuidados caseros y si desea y es capaz de gastar tiempo y dinero

en su tratamiento.

1.- HISTORIA CLINICA

Es el conocimiento del estado Médico y Dental actual del paciente, el cuál debe ser transcrito en forma verídica y clara.

La Historia Clínica considera dos aspectos importantes en el conocimiento del paciente y estos son el Médico y el Dental.

a.- Historia Médica

Con la Historia Médica se conocerá de manera particular el estado de salud de los aparatos y sistemas del paciente, enfermedad actual, si está tomando algún medicamento o si se descubren datos de una enfermedad incipiente de la cuál el paciente no tiene conocimiento o bien en caso de existir alguna alteración en la salud tratar de realizar el tratamiento en conjunto con su Médico para poder prevenir cualquier complicación que pudiera presentarse.

Historia Médica.

1.- Ficha de Identificación.

Nombre	Edad.	Sexo.
Dirección	Estado Civil	Ocupación
Teléfono.	Lugar de Nacimiento.	

2.- Motivo de la Consulta.

Es necesario comenzar con preguntas sobre la molestia responsable de la visita del enfermo, para posteriormente realizar preguntas adicionales que definan la naturaleza y du ración de la molestia más importante.

3.- Padecimiento Actual.

En éste punto las preguntas deben ser específicas, claras, hechas de manera comprensible que permitan al enfermo dar una respuesta concisa, describiendo la naturaleza y curso del padecimiento. Se observarán síntomas objetivos y se buscan síntomas subjetivos.

4.- Antecedentes Familiares.

Permite conocer antecedentes de patología de tipo hereditario (diabetes, hemofilia); predisponente (cáncer pade cimientos alérgicos) o contagiosos (sífilis, tuberculosis).

5.- Antecedentes Personales No Patológicos.

Escolaridad, higiene, hábitos alimenticios, inmunizaciones, etc.

6.- Antecedentes Personales Patológicos.

Se anotarán las enfermedades que haya padecido, estados alérgicos importantes y un registro de las intervenciones quirúrgicas, ingresos en hospitales y antecedentes que in fluyan en la enfermedad actual.

Puede conseguirse información valiosa por la comparación de radiografías, electrocardiogramas y resultados de laboratorio obtenidos en exámenes previos.

7.- Estudio por Aparatos y Sistemas.

Cabeza: Observaremos ojos, boca, oídos, garganta (cefalea, voz).

Cuello: glándula tiroides, nódulos linfáticos, tráquea.

Respiratorio: tos, disnea, espectoración, respiración, dolor.

Cardiovascular: dolor, disnea, edema, palpitación nicturia.

Gastrointestinal: dolor, náuseas, vómitos.

Genitourinario: frecuencia de micciones, volumen de orina, disuria, nicturia, incontinencia, alteraciones del ciclo menstrual.

Función Endócrina: función tiroidea, adrenal, hipofisiaria.

Neuromuscular: debilidad, parestesia.

b.- Historia Dental.

A partir de la Historia Dental y el Examen Clínico el Dentista podrá conocer y resumir las condiciones en que se encuentra actualmente el paciente. La Historia Dental se realiza por medio de la inspección visual y la palpación de todos los elementos de la cavidad bucal con lo cual determinará todas las condiciones anormales encontradas durante la exploración.

1.- Inspección de los Tejidos Blandos.

Debe examinarse cuidadosamente la mucosa labial y bucal anotando cualquier irregularidad en su contorno, configuración y color; se revisan lesiones en los frenillos, los orificios de las glándulas salivales (parótida y sublingual); se inspeccionan pliegues mucobucales, paladar blando, tejidos faríngeos anteriores y orofaringe; buscando lesiones en la región tonsilar y regiones vecinas.

La región de la lengua y piso de la boca se exploran observando sus movimientos, contornos, color y configuración; todo en busca de un perfecto estado de salud.

En el tejido gingival se requiere de una inspección y sondeo detallados para determinar cualquier cambio de textura (lisa, brillante, fibrosa), de color (rosa muy pálido, rojiza), y forma (hipertrofia, inflamada); acumulación de placa bacteriana; formación de bolsas parodontales detectando zonas de bifurcación y turifurcación que deben ser tratadas para evitar que la enfermedad continúe hasta provocar la pérdida de las piezas dentales.

La exploración de los ganglios linfáticos (supra hioideos, mentonianos y de la cadena pericervical) permiten detectar si hay dolor en cara, cabeza, cuello o regiones vecinas.

2.- Inspección de los Tejidos Duros.

En la exploración de los tejidos duros podremos observar y registrar cualquier malformación dentaria, zonas desdentadas, índice de caries que manifiesta el paciente, siendo importante conocer su dieta para determinar si es necesario o no la corrección de la misma; revisar la calidad de los traba

jos dentales efectuados con anterioridad; su adaptación marginal, indicios de caries, éxitos o fracasos en los mismos. -- Anotar dientes rotados o en mal posición, revisar sus áreas - de contacto y la pérdida de dichas zonas en su caso.

Analizar las condiciones en que se encuentran los - dientes que podrían ser empleados como pilares y las caracte- rísticas que deben tener para considerarlos como tales.

Realizar pruebas de vitalidad pulpar a los dientes- que presentan síntomas anormales, y de percusión dentaria pa- ra obtener datos de patología pulpar (percusión vertical) ó - patología parodontal (percusión horizontal); cualquiera de és - tas dos situaciones son difíciles de tratar una vez colocada- la prótesis.

Revisar la movilidad dentaria es útil tanto para el diagnóstico como para verificar el progreso del tratamiento - que se haya realizado.

3.- Examen Oclusal.

Un examen cuidadoso de las dos arcadas en oclusión- revela las relaciones de los dientes entre sí. Al observar - la trayectoria de oclusión de la mandíbula desde la posición- de descanso hasta la Oclusión Céntrica es posible detectar -- cualquier desviación hacia uno u otro lado al ocluir.

Una inclinación o bien una extrusión constituye pro- minencias e interferencias cuspidas en el trayecto de cierre y movimientos excéntricos de la mandíbula que impiden la dis- tribución correcta de fuerzas oclusales; de modo que, puede - existir un excesivo esfuerzo horizontal sobre esos dientes, - lo que va a originar una respuesta destructiva (traumatismo -

oclusal) que se manifiesta por movilidad dentaria, desgastes anormales y a veces fractura cuspídea. La relación intercuspídea en los movimientos excéntricos de la mandíbula deber ser de tal forma que las cúspides y planos inclinados se deslizen sobre otros suavemente sin obstáculos ni interferencias.

4.- Exploración de las Articulaciones Temporomandibulares.

Se efectúa para saber si existen cambios inflamatorios, degenerativos o cualquier perturbación en las articulaciones que produzcan molestias o ruidos en ésta región en el trayecto de abertura y cierre y movimientos de lateralidad.

5.- Examen Radiográfico.

Es un estudio que nos revela la condición de todos los sectores tanto de la mandíbula como del maxilar, se estudian los espacios desdentados para verificar si existen dientes incluidos, raíces residuales, quistes u otros procesos patológicos; proporciona información sobre la forma anatómica de los dientes (extensión de caries, residiva de la misma en los márgenes de las restauraciones, número de raíces, si son divergentes, longitud de las mismas, cantidad de hueso que las rodea, obturaciones de conductos, etc, y estructuras adyacentes; su posible resistencia para sostener una prótesis conociendo las zonas parodontales de los dientes superiores e inferiores para determinar su capacidad individual de función.

Permite observar alteraciones manifiestas clínicamente como el traumatismo oclusal (se observa como un ensanchamiento de la membrana parodontal, pérdida en la definición

de la cortical alveolar y destrucción de la cresta ósea).

6.- Modelos de Estudio.

Es la última fase del estudio del paciente, proporciona al Odontólogo información que le ayuda a correlacionar todos los datos obtenidos en el interrogatorio del paciente, exámen de su boca y evaluación radiográfica. Los modelos de estudio son reproducciones fieles de las arcadas dentarias, deben ser montados en un articulador semiajustable en la posición de máxima retrusión para permitir una visión sin obstáculos de las zonas edéntulas y longitud de las mismas. Permiten predecir que pñntico o pñnticos van a ejercer un brazo de palanca sobre el diente pilar; así como diseñar la preparación que otorga mayor retención y resistencia a la prótesis; analizar los problemas que pueden surgir al paralelizar un diente inclinado al buscar un adecuado eje de inserción. - - Aquí se analiza detalladamente la presencia de contactos prematuros en Relación Céntrica, las discrepancias del plano oclusal y las interferencias en las diferentes relaciones para que sean eliminadas.

2.- PREPARACION PARA LA PROTESIS

La integridad del sistema masticatorio debe ser restaurada y el proceso de restauración enfocado de un modo ordenado y gradual obteniéndose primero una imagen total de las alteraciones existentes a partir de la Historia Médica y el Exámen Dental (Diagnóstico Preprotético).

Lo inicial es resolver cualquier problema sistémico que interfiera en la salud del paciente guiándolo a un adecuado tratamiento Médico y Quirúrgico.

Las infecciones bucales activas (incluyendo la caries dental) deben estar bajo control, se eliminarán todas las alteraciones que requieran tratamiento quirúrgico como las exostosis, irregularidades alveolares acentuadas y los dientes cuyo pronóstico es desfavorable serán extraídos (no erupcionados, muy mal alineados, restos radiculares, etc) para lograr la salud de los tejidos blandos.

La inflamación gingival y las bolsas parodontales serán eliminadas hasta lograr su condición normal (correcta inserción gingival, buen soporte óseo y la eliminación de la movilidad), es uno de los procedimientos más prolongado; la cooperación del paciente es fundamental para lograr los mejores resultados y lo más rápido posible.

Sería negligente no aliviar movilidad y migraciones dentarias, desgaste excesivo de los dientes así como la patología que se está produciendo en las mismas articulaciones temporomandibulares como es su función disminuida.

Si en el paciente hay indicios de alteración oclusal y la articulación manual de los modelos de estudio es incierto es necesario realizar un buen tratamiento de equilibración y si el Odontólogo no posee la suficiente experiencia para realizarlo, lo mejor es remitirlo a un tratamiento especializado para que la restauración sea la correcta.

El paso final para la preparación de la Prótesis es el liberar de coronas e incrustaciones defectuosas a los dientes pilares; los antagonistas, también se restauran para tener todas las condiciones anormales encontradas bajo control.

Sólo entonces es apropiado comenzar con el Tratamiento Protésico en sí.

CAPITULO III

INSTRUMENTACION Y PREPARACION DE LOS PILARES

1.- CONSIDERACIONES BIOMECANICAS EN LA PREPARACION DENTARIA.

El criterio que se emplea en el diagnóstico para la realización de Prótesis fijas y la propiedad con que se preparen los pilares son factores que determinan la duración de dichas Prótesis Fijas.

Al considerar a las preparaciones funcionales, el tipo y la forma de la preparación dependerán, en gran parte de la relación de los dientes entre sí y con sus antagonistas (relaciones de mordida cruzada, erupción incompleta de los dientes posteriores, dientes extruidos, inclinados, migrados y rotados).

El tipo de retenedor por usarse dependerá de las necesidades funcionales del caso que debemos rehabilitar.

Al realizar una preparación dentaria siempre es preciso recordar el diseño básico de la preparación, puesto que gran parte de los fracasos en las restauraciones dentarias se atribuyen a la violación del diseño básico de la preparación.

En la realización de la preparación dentaria, debe- tenerse siempre en consideración no sólo la forma retentiva - definida y el delineamiento marginal, también hay otros factores de importancia como son:

Evitar realizar preparaciones dentarias de una mane- ra arbitraria donde se utilizan diseños innecesarios y com- plicados.

La extensión y profundidad de una preparación para pilares debe ser determinada en relación con la pulpa, para desgastar únicamente el tejido necesario para obtener retención, resistencia y forma anatómica adecuada.

Un factor importante a considerar durante la preparación de un diente es el de prevenir cualquier daño a la pulpa, nunca debe recalentarse; debe usarse una refrigeración -- abundante (como chorro de agua o bien pulverizada) para reducir el calor friccional del desgaste.

La eliminación de caries y la forma en que se realiza presentan al Odontólogo alternativas basadas en las condiciones clínica existentes.

La eliminación de caries y restauraciones existentes durante la preparación dentaria misma es posible cuando existe una pérdida limitada de la estructura dentaria y se hará una vez que se ha establecido la forma de la preparación; si la eliminación se realiza sin un concepto previo de la forma final de la preparación; puede volverse inoperable ese diente por la modificación del diseño que habíamos determinado para el mismo.

Es de práctica común el eliminar las caries y restauraciones durante la preparación dentaria y rellenar esos defectos en los troqueles de trabajo; el efecto de socavados severos puede afectar la continuidad y nitidez de la impresión al retenerse porciones del material de impresión en los socavados.

Las lesiones extensas o presencia de grandes restauraciones exigen la eliminación de éstas de una manera previa a la preparación dentaria (con el uso de dique de hule como medio de prevención que incluye la protección y mantenimiento

de la vitalidad pulpar o comienzo de la terapéutica endodóntica) con la posterior reconstrucción de la estructura dentaria destruida con restauraciones de amalgama, resina o cementos dentarios.

La preparación debe diseñarse para sostener al retenedor contra el desplazamiento vertical (la retención no va a depender de ángulos muertos, trabas o cementos, sino de la preparación de paredes virtualmente paralelas con una mínima inclinación (convergencia) de 3 a 6°); la resistencia a los movimientos horizontales o de rotación (y a la distorsión del retenedor) se consigue proporcionando un volumen adecuado a las paredes axiales de la preparación, lo cual evitará la fractura dentaria y dará rigidez a los retenedores.

La falta de espacio suficiente entre los dientes pilares y los dientes contiguos en la preparación de las paredes proximales da lugar a áreas de contacto incorrectas con las alteraciones parodontales predecibles; mientras que una reducción excesiva altera la forma de resistencia y retención provista por la estructura dentaria.

La reducción dentaria que sigue la anatomía externa del diente ayuda a mantener la orientación del operador durante la preparación y reduce la frecuencia de la lesión pulpar inadvertida.

Los pacientes cuyo espacio interoclusal es mínimo presentan numerosos problemas para determinar éste espacio de una manera adecuada. Una gufa diseñada a partir de modelos de diagnóstico ayudará a establecer la reducción oclusal satisfactoria. Un índice de cera en posiciones céntrica y excéntrica durante el tallado servirá para calibrar la cantidad de espacio restaurable.

La mayoría de los fracasos que ocurren por reducción oclusal o incisal insuficiente se observan al colocar la prótesis definitiva; sin embargo es posible que más tarde aparezca el fracaso bajo la forma de discrepancias oclusales con pérdida vertical ósea.

2.- PREPARACION PARA CORONA COMPLETA EN METAL PORCELANA.

Comprende todos los planos axiales del diente así como el borde incisal o cara oclusal.

Se emplea en dientes aislados o múltiples, está en particular indicada donde existen caries extensas, erosión, abrasión; así mismo cuando se observa esmalte veteado con hipocalcificación o pigmentaciones acentuadas; se utiliza también para pilares que deben recibir retenedores con uniones de precisión o semiprecisión que van a servir de soporte para una dentadura parcial removible.

En los dientes anteriores, el aspecto es una consideración adicional cuando existen fracturas coronarias, laterales conoides, mala alineación; ya que brinda una mayor capacidad para modificar la forma y el contorno de cualquier superficie dentaria.

La preparación asegura la mayor cantidad de retención con el uso de paredes paralelas, sin embargo deben usarse cuando las circunstancias lo requieran, después de que un cuidadoso diagnóstico y pronóstico nos indique su necesidad.

PREPARACION

Reducción Proximal.

Se realiza con una fresa de diamante troncocónica - larga y muy fina colocándola a 1 mm. aproximadamente del área de contacto, se emplea para hacer un corte de rebanada siguiendo el contorno de la superficie proximal, se dirige éste corte hasta la mitad del ancho vestibulo lingual del diente; - y se continúa con otro iniciado por lingual. El resultado de ambos cortes son una cara mesial y distal paralelas con una - convergencia hacia incisal de 3 a 6°.

Reducción Vestibular y Lingual.

Se realiza con una fresa troncocónica de diamante - larga y fina o bien con una fresa de diamante de punta de lápiz fina, se mueve en forma de barrido de mesial a distal; de - be asegurarse una superficie labial convexa en sentido mesio- - distal y gingivo-incisal; si ésto no se logra, se produce un- - frente protrusivo por falta de espacio en el plano incisal.

Al desgastar la superficie lingual de los dientes - anteriores debe crearse un buen espacio interdentario durante la función.

Reducción Incisal u Oclusal.

El plano incisal se reduce en un espesor de 1.5 a - 2 mm. con una fresa de diamante en forma de rosquilla siguiendo el plano lingual y con una inclinación de 45° con respecto al eje longitudinal del diente. En los dientes antero-infe- - riores la inclinación del borde incisal es hacia vestibular.

El espacio interincisal debe verificarse visualmente en todas las excursiones mandibulares. La reducción del plano oclusal debe ser uniforme conservando surcos y cúspides naturales, manteniéndolo su anatomía.

Lo apropiado en la reducción puede determinarse con la colocación interincisal o interoclusal de un trozo de cera asegurándose de que no es atravesado o queda muy delgado durante las posiciones estáticas y en los movimientos funcionales.

Reducción Axial.

Representa el espacio restaurable para un área de contacto proximal (mesio-distal) y el espacio restaurable para una estética adecuada; representa la resistencia y retención de una restauración. La terminación de las superficies axiales puede involucrar una combinación de los tipos básicos de terminación subgingival o bien tener únicamente una de dichas formas.

Preparación de los Márgenes Subgingivales.

a.- Terminación subgingival en forma de Hombro.

Se utiliza en dientes donde se va a realizar una corona funda de porcelana, es uno de los más difíciles de preparar para su calce exacto o correcto y es el menos conservador por la cantidad de dentina que hay que eliminar. El ancho ideal del hombro es de 1 a 1.5 mm. y se realiza con fresas de diamante o carburo (truncocónica) con la cuál se inicia el hombro de labial a lingual (cuidando que el plano del hombro siga la cresta del tejido gingival); si se corta el hombro --

en una línea recta labio-lingual el tejido gingival queda sin soporte porque se seccionan las fibras parodontales proximales.

Para definir el hombro, se emplea la fresa ottolenghi que no desgasta al tejido dentario en sus paredes axiales porque sus extremos son lisos.

b.- Terminación subgingival en forma de Chaflán o en Angulo Obtuso.

Un chaflán es una línea de terminación marginal definida, cóncava extracoronaria, con una angulación mayor que la de filo de cuchillo pero, con un ancho menor que un hombro es difícil de calibrar su ancho igual en torno de la circunferencia íntegra del diente.

Se indica ésta terminación en dientes que deben ser ferulizados para reducir su movilidad; en los casos de coronas clínicas alargadas y troneras interdientarias abiertas.

La convergencia de ésta terminación es de por lo menos 5° con respecto a la perpendicular (eje longitudinal), esto permite colocar con mayor facilidad la restauración terminal, un mayor ajuste cervical y una menor probabilidad de lesión pulpar.

Al desgastar las superficies axiales con fresa de diamante en forma de flama se origina un escalón el cuál se bisela para ubicarlo a 1 o 1.5 mm. por debajo de la encía.

Los márgenes en chaflán brindan un área marginal -- que permite la distribución de fuerzas de una manera uniforme un sellado conveniente y requiere de una reducción dentaria mínima.

c.- Terminación subgingival en forma de Filo de Cuchillo.

Es una terminación sencilla de preparar, pero difícil de elaborar en el laboratorio por la naturaleza frágil de la terminación y pulido durante el encerado. Se emplea en pacientes muy jóvenes, zonas apenas accesibles a la cavidad bucal, en restauraciones en metal porcelana donde el espacio para la porcelana se obtiene a partir del metal sobre el cuál se coloca la porcelana.

d.- Terminación subgingival en Forma de Hombro Bise lado.

Si la línea de terminación subgingival se perpendicular al eje longitudinal del diente se denomina hombro. Las coronas con frente estético usan un hombro modificado por un bisel subgingival. Esta preparación tiene un chaflán suave - distribuido en forma pareja de proximal a proximal por la cara lingual y vestibular. Un hombro redondeado proporciona el volumen interno de metal para resistir la distorsión funcional; con el bisel se logra una adaptación marginal mejorada.

La estética se determina por la respuesta de los tejidos del paciente a la preparación (retracción por su consecuente adaptación).

Alisado de la Preparación.

Una vez terminada la preparación y realizada en detalle la terminación subgingival, se alisan las superficies - preparadas hasta lograr que queden definidas, tersas y sin retenciones. Se realiza con un par de discos de papel de lija- de grano fino engrasados (para evitar el calentamiento fric--

cional que se produce al alisar las paredes) colocándolos en la pieza de mano de baja velocidad.

Una vez alisadas las preparaciones, éstas se limpian perfectamente eliminando restos de saliva y sangre para proceder a proteger a los pilares y medicar al tejido pulpar.

La protección a los pilares se logra con la colocación de prótesis provisionales, la medicación al tejido pulpar se obtiene con la aplicación de Metimyd o Cresophen por medio de torundas empapadas o bien pincelándolo.

Para ubicar las prótesis provisionales en su lugar se coloca en su interior una mezcla de Temp bon.

Otro medio de cementación y medicación a los pilares se logra usando una mezcla de óxido de zinc y eugenol con grasa, ésta mezcla permite que las prótesis provisionales puedan ser retiradas fácilmente en la siguiente cita cuando vayamos a tomar las impresiones definitivas.

Es importante de ser posible tomar una impresión -- con alginato de los dientes preparados en ésta misma cita antes de colocar las prótesis provisionales, con el fin de que en los modelos que se obtengan puedan realizarse las copias de acrílico para la toma de impresiones con transfers o bien para adaptar el anillo de cobre si ésta es la técnica utilizada.

En estos modelos también es posible observar la forma definitiva de las preparaciones, si es necesario corregirlas se observará en donde y si es necesario dar un mayor paralelismo realizarlo en la cita siguiente.

C A P I T U L O I V

PROTESIS PROVISIONALES

La encía por su posición en torno de los dientes, - está unida en un conjunto complejo inseparable con otras estructuras anatómicas como la mucosa alveolar, surco vestibular, frenillos e inserciones musculares.

Un examen cuidadoso de la unidad gingival muestra - que su eslabón más débil está en la región del surco por lo - cual es de sumo interés conocer dónde y como termina un borde cavitario porque la integridad de la unidad gingival depende en particular de la salud de la adherencia epitelial; cual---quier lesión a la adherencia va a originar una respuesta desfavorable de éstas estructuras a las restauraciones ó próte--sis.

Una corona total es la restauración más difícil de - realizar de todas las restauraciones existentes porque resul- ta muy difícil reproducir fielmente los contornos anatómicos - de un diente en su totalidad, sin embargo cuando un cuidadoso diagnóstico nos indique la necesidad de su uso lo realizare--mos utilizando fineza y precisión en la técnica.

Un buen tratamiento dental incluye la elaboración - de prótesis provisionales que sean funcionales, que tengan la capacidad de proteger a los dientes preparados y que sea apro- ximen a la forma y función de la restauración definitiva.

1. CARACTERISTICAS DE LAS PROTESIS PROVISIONALES.

A fin de que la restauración provisional cumpla con

una función adecuada, debe ser fabricada con materiales que reúnan ciertas características.

a. Tener baja conductividad térmica. La pulpa debe aislarse de toda forma de estímulos adversos, esto incluye evitar la infiltración de saliva sobre dentina recién cortada para asegurar la comodidad del paciente.

b. Resistencia para soportar las fuerzas masticatorias.

c. Estéticamente aceptable, sobre todo en el segmento anterior.

d. Cómoda para el paciente.

e. Que no sea alterada su estructura por el medio-cementante es decir, que tenga compatibilidad con el mismo.

f. Que tenga capacidad para restablecer la oclusión y favorezca una relación maxilo-mandibular correcta.

g. Que sus márgenes puedan definirse con claridad para así lograr una adaptación correcta y selle completamente a la preparación sin molestar a los tejidos gingivales, de lo contrario causarían inflamación y una retracción gingival impredecible.

h. Resistencia intrínseca para poder retirarla e insertarla sin dañarse las veces que sea necesario.

i. Que su elaboración esté al alcance del Odontólogo.

j. Que tenga cierta fijación ó sea relativamente fija y aún así susceptible de ser retirada intacta y posteriormente colocarla nuevamente.

2. VENTAJAS DE LAS PROTESIS PROVISIONALES.

Los adelantos alcanzados actualmente en Odontología nos permiten ofrecer un mejor tratamiento dental con el uso de Prótesis Provisionales pues no sólo desarrollan una función temporaria protectora, sino que son otras las ventajas que trae consigo su empleo:

a. El mayor volumen dentario está constituido por la dentina, la cuál posee finos canalículos con prolongaciones odontoblásticas que se van calcificando con la edad. Su importancia clínica estriba en que a menor edad hay una mayor sensibilidad durante los procedimientos operatorios por un mayor número de túbulos dentinarios abiertos y de mayor diámetro (esta condición también la encontramos cuando las preparaciones son más profundas en dirección a la pulpa).

Si una preparación dentaria deja expuesta una cantidad considerable de dentina, debe tomarse todas las precauciones para impedir la invasión microbiana. La falta de protección a la dentina contribuye a una hipersensibilidad seria.

b. En dientes que han estado fuera de funcionamiento por la ausencia del diente antagonista ó por encontrarse aislado en el arco dentario, se encontrará que tiene un hueso de sostén con trabéculas finas y espacios medulares agrandados.

Colocar una prótesis fija en dientes fuera de oclusión por años, somete a los pilares a una carga mayor que puede sobrepasar su punto de resistencia. Una prótesis provisional colocada en oclusión cómoda y suave ayudará al principio a adaptarse a las cargas funcionales normales.

c. Constituye un problema muy serio para muchos pacientes la pérdida de uno ó más de sus dientes (sobre todo si

son del segmento anterior) y existe la necesidad de extraerlos por considerarlos como focos de infección que alteran la salud del organismo. El hecho de evitarles verse temporalmente desdentado (una vez preparados los dientes pilares se procede a la extracción de esos dientes para adaptarle su prótesis provisional) es una ventaja que origina gran satisfacción por parte del paciente hacia el profesional por brindarle un mejor tratamiento.

d. El logro de un tratamiento dental con éxito está determinado en gran parte por las prótesis provisionales, tal es el caso donde después de preparar un diente pilar para prótesis, el paciente se ausenta por mucho tiempo; por medio de las prótesis provisionales evitamos la extrusión de los dientes pilares y sus antagonistas estabilizándolos y manteniéndolos en sus correctas relaciones.

e. Protegen al diente pilar de cambios térmicos ocasionados por la ingestión de líquidos ó por la acción de los alimentos, estos cambios pueden originar una fuerte irritación pulpar que puede terminar en necrosis de ése órgano.

Las prótesis provisionales pueden ir adaptando gradualmente a los dientes pilares a los cambios térmicos propios de la prótesis.

f. Las prótesis provisionales pueden tener una función desensibilizante sobre los dientes pilares después de la fricción provocada por el fresado y cortes, con la aplicación de medicamentos ó cementos medicados en su interior crean un medio correcto para la reparación pulpar.

g. Mantienen separada a la encía de la preparación mientras se realiza la prótesis definitiva para su posterior adaptación sobre ésta.

h. Permite visualizar el resultado final que puede lograrse con la prótesis definitiva (estética y fisiológicamente).

i. Cuando hay férulas permiten comprobar el paralelismo entre los dientes preparados. Son de gran utilidad después de un tratamiento parodontal.

j. Ayudan a establecer una nueva dimensión vertical.

k. Sirven de matrices para la cicatrización de los tejidos circundantes de los dientes preparados y zonas donde se acaban de realizar extracciones.

3. DESVENTAJAS DE LAS PROTESIS PROVISIONALES

La mayoría de los Odontólogos tienen conciencia de las limitaciones que tienen las prótesis provisionales, sin embargo debe considerarse que el tiempo que permanecen en la boca es relativamente corto. Lamentablemente ese corto plazo de vida da origen a la confección de restauraciones temporarias en forma rápida en lugar de realizar verdaderas restauraciones. Esta y otras situaciones que a continuación se mencionan son las desventajas encontradas en las prótesis provisionales:

a. Las restauraciones provisionales se fracturan en los tramos largos y en pacientes con espacio interoclusal reducido, si se aumenta el volumen, el malestar del paciente aumenta, así como los períodos de acomodación.

b. El lograr terminaciones subgingivales definidas y pulidas resulta difícil por lo delgadas y finas que resultan una vez que se han eliminado los excedentes del rebase.

c. Inestabilidad del color. Se observa en pacientes a los que se les colocan restauraciones temporales durante un tiempo prolongado.

d. Cuando el paciente aplica una carga oclusal excesiva las prótesis provisionales pueden moverse de su lugar y desprenderse.

e. Pueden originar irritación gingival cuando las restauraciones provisionales están mal elaboradas.

f. Emisión de mal olor. Las resinas, en particular las de autopolimerización son porosas y permeables a los lípidos, pese a los esfuerzos del Odontólogo emiten cierto olor desagradable.

4. TIPOS DE PROTESIS PROVISIONALES.

Las restauraciones provisionales pueden hacerse como unidades sueltas ó como férulas, con áreas edéntulas ó sin ellas; pueden estar constituidas de metal precioso ó no y de otros materiales entre los cuales mencionaremos:

1. Coronas de Metal Colado.

Se utilizan en casos difíciles de diagnosticar, en pacientes con discrepancias maxilo-mandibulares difíciles de implementar. La restauración metálica actuará como gafa preferida para probar la validez, confiabilidad y orientación -- del plan de tratamiento. Estos casos son poco frecuentes.

El empleo de metales no preciosos con alto contenido de plata-cromo son razonables cuando la respuesta de los tejidos a los productos monómeros y polímeros es desfavorable;

pueden considerarse como un lujo en casos de Prótesis Fija-comunes.

2. Coronas de Aluminio ó Acero Inoxidable.

Se emplean en premolares y molares, poseen una consistencia que permite amoldarlas a la oclusión, carecen de rigidez para una resistencia marginal adecuada, son fáciles de adaptar y recortar, se fabrican en tubos cerrados simples que contornean el tamaño de la preparación. Su uso debe ser muy limitado.

3. Coronas Metálicas Preformadas.

Se emplean en dientes posteriores, una excepción -- puede ser el uso de coronas metálicas en Odontopediatría para dientes anteriores jóvenes fracturados. Estas coronas mejoraron las relaciones oclusales y axiales, son maleables (permiten que el paciente dé forma a la oclusión de la restauración). La porción cervical presenta una constricción que permite una mejor relación con los tejidos. Para evitar retracción e irritación gingival es conveniente el modelado cuidadoso de los márgenes cervicales.

4. Matrices de Acetato de Celulosa y Coronas de Policarbonato.

Las coronas de acetato se componen de un material delgado, blando y transparente. Los tamaños y formas se eligen de un muestrario para adaptarla, rellenarla y pulirla; para colocarla en la preparación.

Las coronas de policarbonato son mejor toleradas, -

su manipulación es similar a las anteriores, se emplean hasta premolares y su adaptación es más sencilla.

5. Restauraciones Termocuradas.

Son coronas que se preparan en el laboratorio cuando hay que realizar preparaciones múltiples y no es posible recurrir a los métodos anteriores porque existe la necesidad de incluir a los próticos. Su uso es el más frecuente de todos.

6. Restauraciones con Acrílico de Autopolimerización.

Se realizan a partir de impresiones tomadas con silicona ó hules de una manera previa a la preparación de los pilares para que sirvan como matrices, para llevar acrílico a los dientes preparados y lograr así una reproducción de todos los detalles de los dientes impresionados sin desgastar. Este método es poco recomendable por las desventajas en su adaptación, elaboración y duración en la boca.

7. Prótesis Provisional de Perno y Corona.

Se emplea en dientes tratados por Endodoncia. Se adapta al conducto radicular un perno de metal no precioso, se rellena la forma coronaria elegida, con resina acrílica y se coloca el perno con inclusión de parte de la superficie radicular del diente. Una vez polimerizado se retira la corona junto con el perno que quedará dentro de la resina.

C A P I T U L O V

IMPRESIONES

Los retenedores para prótesis fija se contruyen primero como patrones de cera y la mayoría de éstos se hacen ahora en forma indirecta, sobre un modelo.

La popularidad del método indirecto refleja el desarrollo de materiales para impresión capaces de reproducir los márgenes y dar excelentes detalles de todas las preparaciones.

Los rasgos básicos del método indirecto incluyen una impresión exacta de los pilares, arco antagonista, registros oclusales y modelos de yeso velmix articulados sobre los que se confeccionan los patrones de cera.

En la construcción de Prótesis Fijas se utilizan diversas técnicas de impresión y muchos son los tipos y combinaciones de materiales de impresión que se utilizan con el conocimiento de sus respectivas ventajas y desventajas. La elección del material apropiado para su empleo en Prótesis Fija - depende de varios factores que pueden incluir costo, nivel de vida, precisión (inmediata y mediata) facilidad de manipulación y aceptación del paciente.

El alginato tiene sus indicaciones dentro de la Prótesis ya que con él se obtienen impresiones con reproducción-fiel de todos los detalles y aunque no tienen resistencia a la contracción, se utilizan para obtener modelos de estudio y fabri-car prótesis provisionales.

Los materiales más difundidos son los elastómeros y el primero de los materiales sintéticos utilizado para impre-

siones en Odontología fué el polisulfuro de caucho (Thiokol), poco después otra goma sintética un compuesto a base de silicón se empezó a usar en la toma de impresiones dentales; posteriormente ambos materiales se fueron perfeccionando y al mismo tiempo se mejoraron las diversas técnicas clínicas para su aplicación en la práctica.

Con estos materiales se obtienen impresiones muy precisas con reproducción excelente de los detalles superficiales, permanecen estables dimensionalmente cuando se guardan en condiciones adecuadas, son resistentes y duraderos.

Aunque las técnicas que se comentan en éste capítulo para la preparación de retenedores han demostrado ser exitosas y de amplia validez en su uso en el consultorio dental por su sencillez de desarrollo y por estar al alcance del Odontólogo no se pretende excluir otros métodos que son igualmente efectivos.

1. TECNICA EN DOS TIEMPOS

Es una técnica que emplea un material elástico (silicón) cuya manipulación es más limpia que la de los elastómeros, sin olor desagradable y puede colorearse como se desee para lograr un mayor control sobre las áreas abarcadas por dicho material comparados con los polímeros tienen características estéticas superiores aunque su estabilidad dimensional sigue limitada a pesar de haberse mejorado; con este material pueden elaborarse troqueles electrolíticos que no pueden realizarse con los hidrocoloides; el material es producido en dos consistencias, una pesada y otra ligera.

La consistencia pesada se emplea para obtener una impresión primaria con la cual se registran buenos detalles de la boca, dientes pilares así como de sus terminaciones subgingivales; ambas consistencias se mezclan con un activador-

(líquido) para lograr su polimerización.

En éste método puede emplearse un portaimpresiones-comercial que se adapte al tamaño de la cavidad bucal.

Se prepara el equipo y los materiales para la impresión revisando que el portaimpresiones sea el adecuado, comprobando que la jeringa tenga su émbolo bien lubricado y esté funcionando correctamente.

El paciente debe enjuagarse con una substancia astringente para que el Odontólogo elimine cualquier residuo de saliva que haya quedado. Los dientes preparados deben limpiarse con torundas de algodón para eliminar restos de sangre y saliva, la porción cervical de las preparaciones debe observarse perfectamente una vez que se han retirado las prótesis provisionales porque por medio de éstas se mantiene separada la encía de las preparaciones; si se acaban de realizar las preparaciones la encía también se encontrará separada por lo cual no existe la necesidad de colocar ningún retractor gingival.

Una vez controlada la humedad de la cavidad bucal y preparaciones, se prepara el material para el portaimpresiones, el cual se carga con el material extendiéndola sobre toda su superficie; completada esta operación se comienza a impresionar las superficies hasta cubrirlas completamente.

Una vez que el material ha polimerizado, se retira el portaimpresiones rompiendo el sellado existente entre los tejidos y la impresión manipulando los carrillos de modo que pueda entrar aire alrededor de los tejidos y luego retirarla en una dirección recta y con un sólo movimiento, sin tironeamientos ni balanceos pues distorcionaría la impresión.

Con agua suficiente a temperatura ambiente se lava-

con suavidad la impresión para eliminar los restos de sangre y saliva que pudiera contener y lograr que el rectificador se adhiera mejor en éstas condiciones.

Secamos perfectamente la impresión, con mucho cuidado, para evitar que la presión con que llega el aire a la impresión rompa ó distorciona los detalles finos obtenidos en esta impresión; el objetivo de esto es el lograr una mejor adhesión del material rectificador.

Impresión Secundaria.

Se mezcla el material de consistencia liviana para llevarlo a la jeringa y comenzar a inyectarlo dentro del surco gingival a llenarlo y desbordarse hasta cubrir las preparaciones llenando de las preparaciones que se encuentran en distal hasta llegar a las que se encuentran en mesial. Las superficies coronales de las preparaciones se cubren con los residuos de la jeringa y el resto de la mezcla se deposita sobre la impresión primaria para después llevarla a la boca presionando hasta llegar a su posición final.

El portaimpresiones se mantiene en su posición sin moverlo durante no menos de 10 min. para así poder disminuir las probabilidades de distorsión y aumentar sus cualidades elásticas

Con una fuerza gradual se retira la impresión siguiendo la dirección de entrada de las preparaciones, se lava con suficiente agua, se seca con aire y se comprueba que la reproducción de todos los detalles sea correcta y exacta.

Finalmente, se obtiene el positivo en yeso Alfa II.

2. IMPRESION CON COFIAS DE ACRILICO O METODO DE TRANSFERS.

Es un método clínico que presenta mayores ventajas en su uso para la obtención del modelo de trabajo porque puede emplearse para una prótesis individual ó para una prótesis donde se van a rehabilitar varios dientes a la vez.

Las ventajas que se obtienen con éste método son - las siguientes:

a. Establece el paralelismo de las preparaciones y permite saber si existen retenciones en las mismas.

b. Se emplea como portaimpresiones individual.

c. Transfiere la posición de las preparaciones de la boca al modelo de trabajo.

Una vez realizadas las preparaciones de los dientes pilares, se toma una impresión con alginato para obtener un modelo de yeso sobre el cual se elaborarán las cofias de acrílico que se adaptan a cada una de las preparaciones.

Los transfers ó cofias de acrílico se realizan con acrílico de autopolimerización, su forma es la de una cofia - cuyo espesor es de 1 ó 2 mm en toda su periferia siendo más delgadas en su porción cervical para poder penetrar subgingivalmente en las preparaciones.

La porción cervical de los transfers debe llevarse hasta donde se ubica la terminación subgingival de la preparación y debe seguir todo el contorno de la pieza preparada, - las cofias deben ser lisas y estar bien recortadas para evitar que al llevarlas a las preparaciones lesionemos a los tejidos blandos que la rodean.

En su porción oclusal se unen a una barra incisal u oclusal (es una porción del mismo acrílico con un espesor de 2 ó 1 mm) que sigue la forma del arco dentario y sirve para unir un transfer con otro y así poder determinar el paralelismo. Si las preparaciones no son lo suficientemente paralelas entre sí, no podrán retirarse fácilmente los transfers -- del modelo, lo cual indica que deben hacerse rectificaciones en las mismas.

Rebase.

Con una fresa cilíndrica de carburo de baja velocidad, se ahueca el interior de los transfers para lograr un espacio suficiente para la colocación de acrílico en su interior para así poder realizar el rebase.

Se engrasan las preparaciones y con un poco de acrílico líquido se humedece el interior de los transfers para lograr una mayor incorporación del acrílico que se va a preparar en un godete, ya que con el fresado que se realiza se dejan ya ciertas retenciones, las cuales permiten que se fije el acrílico. La consistencia del acrílico preparado en el godete debe ser un poco espesa como para incorporarse con el transfer y obtener así un registro bien delimitado de la forma de la preparación.

Se llevan los transfers a los dientes preparados ejerciendo una presión uniforme hasta llevarlos subgingivalmente a su posición.

Antes de que el acrílico comience a polimerizar, se recortan los excedentes con espátula de lecrón, como la polimerización genera calor es necesario retirar los transfers para sumergirlos en agua; cuando comienzan a calentarse se retiran, se humedecen y se colocan nuevamente en las preparacio-

nes y así sucesivamente hasta lograr la polimerización sin -- distorsión en su terminación subgingival; por último se pide al paciente que se enjuague.

Si las preparaciones son paralelas entre sí, no debe existir ninguna dificultad para retirar los transfers de la boca. Los transfers deben dejarse polimerizar fuera de la boca para posteriormente recortar los excedentes y pulir el borde cervical para no lesionar a los tejidos blandos.

Otra función de los transfers en la de servir como portaimpresiones, esto se logra ahuecando nuevamente el interior de éstos con una fresa de fisura de baja velocidad de carburo es decir, las paredes internas y el fondo del transfer y lograr más espacio y retención para el material de impresión, el recorte debe hacerse con mucho cuidado sobre todo en la porción cervical para no retirar el acrílico de ésta -- porción.

Una vez aliviado el interior, se lavan los transfers para eliminar los restos de acrílico que hayan quedado, se revisan en la boca nuevamente, controlando que penetren -- subgingivalmente sin lesionar a los tejidos blandos que rodean a la preparación y que su terminación cervical sea nítida.

Sobre una loseta se coloca el material de cuerpo ligero con el activador cuidando que no se unan mientras se prepara la boca del paciente para la impresión.

Cuando está lista la boca del paciente, se inicia la mezcla del material hasta obtener una pasta homogénea que se lleva al interior del transfer por medio de un palillo de plástico haciendo movimientos circulares para evitar así el atrapamiento de aire. Las preparaciones deben estar limpias y secas, sin restos de cemento o saliva porque el material de --

impresión no lograría desplazarlos y se obtendría una impresión incorrecta; se llevan los transfers a las preparaciones del paciente ejerciendo una impresión uniforme para mantenerlos en su posición correcta hasta completar su polimerización.

Ya polimerizado el material de impresión se retiran los transfers por medio de la barra oclusal siguiendo la línea de entrada de las preparaciones para no desprender ninguna porción del mismo, se revisa que la impresión sea nítida, de espesor uniforme, sin áreas denudadas y con la terminación subgingival bien definida; si no es así se rebajan esas áreas con una fresa de bola de carburo de baja velocidad para que sean abarcadas correctamente en la impresión.

Después de recortar esas áreas se toma nuevamente la impresión y si ésta es correcta, se colocan los transfers sobre los dientes preparados para tomar una impresión completa de la arcada dentaria con alginato y un portaimpresiones comercial total para que nos proporcione los detalles de la cavidad bucal existentes próximos a los dientes pilares preparados ya que pueden ayudarnos en la construcción de la prótesis.

Una vez que el material ha gelificado, se retira la impresión con los transfers incluidos dentro de ésta para obtener entonces un modelo completo de la cavidad bucal con detalles finos de las preparaciones.

Este tipo de impresiones debe ser vaciada inmediatamente en yeso velmix para evitar cualquier distorsión.

Por último obtenemos la impresión del arco antagonista para así obtener el modelo.

El siguiente paso en estos procedimientos clínicos es el acondicionamiento del paciente para el registro de la -

Relación Céntrica, éste acondicionamiento puede hacerse por medio de un equipo específico (Equipo de Cohen) ó el uso de alguna forma de resistencia anterior. Esta resistencia tiende a actuar como fulcro que ayuda a obtener un registro de los cóndilos en las posiciones posterior, superior y media, la más posterior, la más superior y la más media.

Se emplea cera blanda (aluwax) para el registro de las interdentaciones oclusales de poca profundidad, se asienta ésta sobre los dientes superiores manteniéndolo en su posición con el índice y pulgar izquierdos. Con el pulgar derecho sobre el mentón del paciente, el operador guía la mandíbula al cierre terminal de bisagra.

La mandíbula es guiada, no empujada ó forzada en cierres repetidos. Se retira el registro de cera y se coloca en agua fría para evitar distorciones.

Por medio del arco facial podemos obtener un registro más completo de la Relación Céntrica.

C A P I T U L O V I

PRUEBAS CLINICAS DE LA PROTESIS

I. USO CLINICO DE LA PORCELANA CON BASE METALICA.

Durante largo tiempo se habia buscado una base metálica sobre la cuál pudiera fundirse un material restaurativo-tan estético como la porcelana, para ocultar después el metal por medio de un opacador del mismo material cerámico.

Con éste tipo de restauraciones se podría eliminar la necesidad de preparaciones con escalón en la porción gingival con lo cuál, se logra abarcar la mayor parte de las piezas dentarias y por la consistencia que el armazón metálico da a la porcelana podría reponerse dientes faltantes ya que el metal sirve de base y no permite que la porcelana se deforme en el horneado.

El uso actual de la porcelana con base de iridio - platino ó alternativamente con base de oro y una aleación que eleva su punto de fusión permite realizar este tipo de tratamientos.

La ciencia de la metalurgia de los metales preciosos y no preciosos progresó muchísimo durante la última década, así como el conocimiento y aplicación de los revestimientos para colado refractario para altas temperaturas; esto permitió al Odontólogo obtener estructuras metálicas de calce preciso que sostuvieran los componentes de la porcelana fundida.

Los coeficientes de expansión y contracción de las aleaciones y las porcelanas fueron balanceados y la unión mo-

tecular obtenible hoy entre el metal y la porcelana modificó la necesidad de una retención mecánica entre ambos.

Los fabricantes han mejorado las propiedades de los metales de tal modo que la resistencia de los mismos es actualmente para las prótesis de tramo largo así como para las coronas individuales similar.

Las restauraciones en metal porcelana actualmente son realizadas con materiales que poseen las siguientes características:

a. Un metal que es inoxidable y cuyo punto de fusión es más alto que el de la porcelana de fusión media por lo que no se deforma fácilmente por repetidas horneadas, posee resistencias suficiente para servir de férula, se tolera bien en la boca y su vaciado se ajusta adecuadamente al borde gingival.

b. Un opacador que posee la propiedad de matizar el metal de acuerdo a la coloración deseada y de servir de unión permanente entre el metal y la porcelana.

c. La porcelana que se compone de substancias arcillosas que son:

Feldespato - es un material que se funde vitrificándose haciendo que la porcelana una vez conocida sea vítrea.

Caolín - hace posible la formación de la porcelana sin cocer y permite que retenga su forma.

Cuarzo - es un material desprovisto de plastitud, sirve de esqueleto refractario.

Este conjunto de materiales origina un material que por su color es semejante a las piezas dentarias, por su --

translucidez proporciona un aspecto normal, puede hornearse - sobre el metal sin que se agriete al enfriarse y puede soportar sin fracturarse la presión masticatoria.

d. Una gama colorante de óxidos para matizar.

e. Substancia para vidriar.

a. PRUEBA DE METALES.

Su objetivo primordial es el de determinar el ajuste de los metales sobre cada uno de los dientes pilares, estableciendo la correcta relación metal -muñón que será la base del material cerámico.

Aunque teóricamente es posible construir una prótesis en modelos montados en un articulador y cementarlo en posición sin más pasos intermedios, casi nunca se consigue esto en la práctica ya que en la mayoría de los casos se necesita de algún reajuste; de modo que la experiencia que se obtiene con los métodos de prueba de la prótesis será muy valiosa para casos futuros.

Hay un gran número de factores que hace que las -- pruebas clínicas en la boca sean una necesidad que no se puede omitir, la cantidad de tiempo y la inversión económica que lleva consigo la terminación de una prótesis son considerables ya que si el caso no resulta satisfactorio en el momento de cementar la prótesis hay que desmontarlo y hacerlo de nuevo; por eso el tiempo que se dedique a hacer pruebas clínicas siempre será bien empleado para evitar muchas contrariedades.

Prueba:

Se ubica cada retenedor en su respectiva preparación en la boca para que una vez ubicados, el paciente muerda sobre un pedazo de madera (ó bien un rollo de algodón) que se coloca entre los dientes ó ejerciendo una presión directa sobre los retenedores tratamos de llevarlos a su posición correcta, si alguno de ellos no llegara a calzar, se examina su interior para detectar cualquier irregularidad que aparecerá bajo la forma de una superficie brillante y pulida ó como una superficie voluminosa que impide su calce.

Una vez que se afloja la presión se vigila que no haya ninguna separación del borde del retenedor con el diente por medio de un explorador, si no es así el retenedor no adapta correctamente ó no ha sido ubicado en su posición correcta.

Si ha transcurrido un tiempo considerable entre la toma de la impresión para el modelo de trabajo y la terminación de la prótesis, es aconsejable mantener una presión constante unos minutos sobre los metales con el fin de permitir que los pilares se reubiquen espontáneamente de acuerdo con el patrón de inserción, no hay motivo para que haya un cambio permanente ó marcado en la posición de los dientes pilares ó antagonistas durante ese período de construcción, si bien un pequeño desplazamiento no tiene un efecto adverso.

Para que logremos determinar el ajuste del metal en las preparaciones es necesario el uso del compuesto zinquenólido, el cuál se emplea de la siguiente manera:

Se espátula éste compuesto hasta obtener una mezcla homogénea para llevar una pequeña cantidad dentro de los metales (lo suficiente como para lograr una capa delgada y uniforme) por medio de un palillo de plástico con el cuál se hacen-

movimientos circulares para evitar atrapar aire.

Se colocan los metales sobre las preparaciones ejerciendo una presión continua hasta que fragüe completamente.

Una vez fraguado, retiramos los metales y observamos su interior, si existe una capa delgada y uniforme significará que hay un buen ajuste.

Si se encuentran áreas de metal denudadas ó áreas gruesas de pasta, significará que existen interferencias para que el metal llegue a su lugar. Esas áreas denudadas de metal se desgastan con una fresa de carburo de baja velocidad (de bola).

Este procedimiento se repetirá las veces que sean necesarias hasta lograr una superficie tersa y uniforme del compuesto en el metal a prueba.

Una vez ajustado el metal sobre el muñón, se observa si existe suficiente espacio en todo el metal para el material estético, se controlan las posibles sobreextensiones, el ajuste cervical, así como el contorno de sus superficies axiales. Cuando el contorno sobrepasa su tamaño normal se observa isquemia en el tejido gingival, dicho exceso podrá corregirse tallando el colado con una piedra montada hasta conseguir la forma correcta.

Soldadura.

Si la prótesis es de más de tres unidades, se encontrará en secciones que deben ser unidas por medio de un metal de baja fusión que se aproxime por sus propiedades mecánicas y color a las propiedades de los colados por unir, además será de alto quilate porque corre mejor y resiste más las pig-

mentaciones que los de bajo quilate y de grano fino ya que dará soldaduras más fuertes.

Después de que los retenedores se adaptaron y ajustaron con exactitud a los pilares es necesario para unirlos - obtener la posición en que se encuentran los colados en la boca.

Para lograr la unión de varias unidades en una sola, es necesario emplear un medio que impida la modificación de la posición correcta de los retenedores en la boca una vez soldados, esto puede lograrse si se emplea un medio de inmovilización haciendo uso de acrílico (Duralay) que no deja residuos cuando se calienta.

Se humedece un pincel de pelo de Marta en el número para luego recoger una pequeña cantidad de polvo y aplicarlo en los colados calzados en los pilares para formar una unión rígida asegurándose de que el Duralay fluya sobre las superficies a soldar y también sobre las caras vestibular y lingual hasta que cuente con un volumen suficiente para unir con firmeza las unidades, también pueden emplearse las zonas retentivas de las carillas y pñnticos sin invadir las caras oclusales. El pincel debe limpiarse en cada aplicación.

Este procedimiento se repite hasta contar con suficiente Duralay que mantenga con firmeza a los colados en los pilares, debe dejarse secar el acrílico en cada aplicación para que una vez endurecido no se distorcione.

Como una medida más de seguridad para mantener esta relación, algunos autores aconsejan el empleo de una llave de yeso ocluso-lingual, ésta llave tiene poca altura en sentido vestibulo-gingival permitiéndole entonces observar las caras vestibulares para evitar que se muevan los colados al tomar la impresión. Esta llave se obtiene con un portaimpresiones

para yeso e impresiona toda la cara palatina así como el tercio incisal de los colados.

Algunos autores acostumbran tomar una impresión total de alginato sobre los colados ferulizados con el acrílico para así obtener un positivo de revestimiento y unir las secciones.

b. OBTENCION DE COLOR.

Todo Odontólogo se esfuerza por alcanzar lo perfecto cuando reemplaza dientes perdidos con coronas individuales ó prótesis fijas.

Aunque los requisitos de la función y la comodidad son importantes en una restauración, es imposible dejar de lado el gran interés por los valores estéticos.

Es esencial proceder a un minucioso estudio de los colores predominantes antes de intentar cotejarlos con los muestrarios de color. El color de los dientes naturales no es uno sólo aún en la misma persona, existe fuerte diferencia de intensidad no sólo entre los distintos dientes, sino aún en un mismo diente, donde existe variación de tinte, tono e intensidad.

El pigmento de un diente determina su color básico sin embargo existen muchos factores que intervienen en la coloración de un diente como son el grosor de su esmalte, su distribución, el grosor y densidad de la dentina, el tamaño de la pulpa, la cantidad de luz que recae en el diente, etc.

Lo primero a observar en la selección de colores es la variación de los tonos en las diferentes secciones de diente. El tercio gingival suele tener algún tono anaranjado

ó amarillo, el tercio incisal suele ser grisáceo y la porción media mostrar una superposición de colores. Su distribución no siempre es uniforme de tal modo que es aconsejable trazar un diagrama del diente para determinar hasta donde se distribuye incisalmente el color gingival ó bien hasta donde se extiende el color incisal.

Al elegir colores para una funda debe determinarse el color básico y su distribución e intensidad de tono. Los colores son producidos por diversas porcelanas pigmentadas ó bien por la superposición de una capa pigmentada sobre otra.

El aumento ó reducción del espesor de las diferentes capas permiten originar diversos efectos con dos pigmentos.

En la reproducción del color se han utilizado varias formas como son la utilización de los diversos colores--aplicándolos en capas ó bien mezclando los colores antes de que sean usados, además de la distribución correcta de los colores los espesores de la porcelana deben estar bien equilibrados.

El color dentario de las prótesis en metal porcelana se logra con una distribución cuidadosa de la porcelana en el tercio incisal, los dos colores que se emplean para determinar de una forma correcta el color básico (uno extendido hacia incisal y el otro hacia cervical) se superponen en el tercio medio del diente y dan el color de un diente natural.

En una corona con los colores cervical e incisal básicos correctos, el color del diente puede ser modificado con pigmentos minerales ó por medio de porcelanas de composición modificada y de fusión inferior a la utilizada para la corona.

Los tintes son colores concentrados finamente molli-

dos que se destinan a madurar con la porcelana, pueden emplearse en cualquiera de los agregados de la misma mezclándolos perfectamente con el medio de Steele. La porcelana fundida parecerá más natural si se reproducen algunas tintaciones ubicadas en la boca. La confiabilidad y reproducibilidad no se limitan al ceramista, estas condiciones son responsabilidad del Odontólogo para que la restauración final obtenida sea la más estética y natural.

Finalmente, en la obtención del color en la boca - consideramos todos los aspectos anteriores y una vez definidos seleccionamos un diente del colorímetro, el cuál, lo hume decemos para compararlo a la luz natural con los dientes antagonistas y dientes contiguos para poder dar las instrucciones correctas de distribución de colores al laboratorista.

c. PRUEBA DE BISCOCHO.

Esta prueba nos sirve para verificar la forma, tamaño y color de la restauración antes de realizar el glaseado, - además de establecer el ajuste marginal, áreas proximales y - relaciones oclusales.

Examen del Contacto Proximal.

Cuando el contacto proximal está sobre extendido, - se notará de inmediato porque cuando trata de ajustarse la - prótesis, existira la necesidad de desgastarla para que entre en su lugar. Para determinar si el área de contacto es la co rrecta, se asegura entre los dedos un trozo de hilo dental - que se hace pasar a través del área de contacto dirigiéndose - de oclusal a gingival evitando pasarlo fuertemente ya que podemos lesionar a la papila gingival.

El hilo debe pasar con cierta dificultad, pero si existiera una sobre extensión, el hilo no pasará, para establecer correctamente el área de contacto pueden marcarse con lápiz común las caras proximales de los dientes contiguos para que al colocar la prótesis y retirarla nuevamente se pin ten y puedan desgastarse hasta lograr áreas de contacto adecuadas.

Estos desgastes se realizan con piedras montadas -- verdes de baja velocidad y bajo irrigación de agua para eliminar los restos de porcelana desgastada evitando así la posibilidad de mancharla.

Cuando falta material en el área de contacto se corrige agregando cera ó tomamos una impresión con la prótesis puesta para agregarle la porcelana en el lugar indicado, con esto evitamos el empaquetamiento alimentario y la formación de caries con problemas parodontales.

El contorno del pónico se examina en su relación con los dientes contiguos para comprobar la estética y su relación funcional.

Si el pónico hace contacto con la cresta alveolar se revisa en su extensión y posición, cualquier isquemia de la mucosa a lo largo de la superficie de contacto del pónico indica presión en la cresta alveolar, en este caso se ajusta hasta que no presente isquemia y se vuelve a revisar pasando un hilo dental a través de uno de los espacios proximales recorriéndolo bajo el pónico entre la mucosa y la superficie de ajuste, de éste modo se puede localizar cualquier obstáculo que se oponga al paso del hilo dental.

Ajuste Marginal de la Porcelana.

Una vez ubicada la prótesis en su lugar, con la ayu

da de un explorador se examina el borde marginal de la prótesis dirigiendo la punta hacia el margen gingival, debe elegirse un punto accesible para explorar cualquier irregularidad que puede significar una falta de porcelana ó bien una sobreextensión de la misma que pueden ser eliminados ya sea agregando porcelana ó bien remodelando la superficie hasta lograr su adaptación.

Ajuste Oclusal.

Por medio del papel de articular se descubren la ubicación y extensión de los contactos prematuros en oclusión céntrica, movimientos de lateralidad, prostrusión y retrusión.

El papel de articular coloreará todas las superficies que contactan prematuramente y que aparecen como superficies muy -- muy marcadas, las cuales deben ser desgastadas hasta obtener -- un cierre en céntrica cómodo y movimientos de lateralidad libres.

El paciente nos referirá si al ocluir todos sus -- dientes tocan al mismo tiempo y no hay interferencias en sus -- diferentes movimientos.

Anatomía y Posición de la Prótesis.

Se examina la anatomía, alineación y estética, es -- decir todos los factores que se espera sean de acuerdo con las exigencias determinadas previamente del caso.

Si es necesario la modificación de alguno de estos -- factores podrá realizarse en estos momentos ya que si se realizara una vez que se han glaseado quedarán superficies rugosas y con los poros de porcelana abiertos.

Armonía del Color.

Comprobaremos los tonos de color que habíamos seleccionado previamente, dicha comprobación se realiza mojando la prótesis con agua y se verificará que la distribución y ubicación sea de acuerdo con los dientes naturales.

GLASEADO.

El propósito de la cocción de vitrificado consiste en formar una película fina sobre la superficie de la porcelana, que no absorberá líquidos ni olores y asegurará una tolerancia mayor a los líquidos y a los alimentos. Este vitrificado somete a la porcelana de cuerpo a compresión.

No debe utilizarse el glaseado para alisar una porcelana terminada irregularmente, la gruesa formación de glaseado resultante causa pérdida de nitidez y definición, y serias cargas sobre el metal cerámico.

El brillo del glaseado aumenta cuando el diente ó la prótesis están mojados de manera que debe evitarse el glaseado excesivo que da un aspecto de diente falso.

Mientras se mantenga una superficie correcta en cuanto a su terminación y pigmentación se obtendrá una superficie glaseada y bien terminada.

COCCION FINAL.

Una vez que se tienen todas las características correctas en la prótesis se calienta nuevamente la porcelana para agregar el glaseador ó bien a que vitrifique naturalmente con ésto se logra una prótesis bien terminada.

C A P I T U L O V I I

CEMENTACION DE LA PROTESIS

Toda prótesis de varias unidades debe cementarse - provisionalmente por lo menos 15 días para evitar que se presente cualquier reacción consecutiva a la cementación de la misma.

La cementación provisional ayuda a ubicar en su posición correcta a la prótesis definitiva porque se realiza - con cementos que no tienen la resistencia de los cementos definitivos y por el agregado de vaselina, no tienen un fraguado completo, lo que permite cierta libertad para ubicarse en su posición final durante el uso de la misma. En los casos en que se haya producido un pequeño movimiento en un pilar de la - prótesis y ésta no asiente adecuadamente, mediante ésta cementación se ubica en una relación fisiológica y oclusal adecuada.

Gracias a la facilidad que tenemos de retirar a la - prótesis con la cementación temporaria, podemos localizar - cualquier zona dolorosa en la extensión de la prótesis mediante la exploración clínica de cada uno de los pilares; y si se presenta irritación ó inflamación de los tejidos gingivales - como consecuencia de la cementación de la prótesis por una so breextensión no detectada, ésta puede ser eliminada contorneándola nuevamente.

Si los dientes preparados llegan a presentar cierta sensibilidad a la restauración terminada, ésta debe cementarse temporalmente por lo menos 3 ó 4 semanas, en estas condiciones los dientes preparados se hacen menos sensibles y también más receptivos al cemento permanente.

La cementación provisional no es un procedimiento rutinario y no es indispensable en todas las órtesis, pero en las situaciones anteriores es una importante contribución dentro del plan de tratamiento.

Para que un cementado temporario tenga éxito, el cemento que se emplea debe ser fácil de mezclar, tener un adecuado tiempo de trabajo para permitir un correcto asentamiento de las restauraciones, no ser irritante y sí sedante para los tejidos pulpaes sobre todo para los dientes que se han sensibilizado por el trauma de la preparación del muñón, toma de impresiones ó construcción de prótesis provisionales. No debe tener efectos nocivos para las restauraciones definitivas y sí impedir la penetración de flúidos y microorganismos que pueden producir un estado patológico.

Las desventajas que pueden llegar a existir en un cementado temporario son que la remoción de la férula puede ser difícil y por lo general dolorosa, en algunos casos los pilares pueden tener cierta movilidad (como los tratados recientemente con cirugía parodontal), al tratar de remover la prótesis puede aumentar se movilidad. Los márgenes de las restauraciones pueden dañarse al tratar de remover la férula. El uso incorrecto de los estimuladores interdentarios así como un mal cepillado ó la ingestión de alimentos pegajosos pueden desprender continuamente a los retenedores con lo cuál se producirá mal gusto ó sabor a medicina ó bién sensibilidad a los cambios térmicos.

I. CEMENTACION TEMPORARIA

Los cementos utilizados son el Temp pak (de preferencia) ó el Oxido de Zinc y Eugenol con el agregado de vaselina.

Se aísla la zona donde va a colocarse la prótesis definitiva para retirar la prótesis provisional y desengrasar los dientes pilares, ésto se consigue con la aplicación de te tracloruro de carbono ó bencina pura. Se medican los dientes pilares con Hidróxido de Calcio ó Metimyd dejándo que se absorva durante 3 min.; mientras se desengrasan y lavan los metales.

Se mezcla el cemento de Oxido de Zinc ó Tem pak con vaselina para llevarlo al interior de la corona ó prótesis con la ayuda de un palillo de plástico.

Se ubica la férula y se asienta firmemente en su lugar, colocando rollos de algodón comprimido para ejercer una presión pareja sobre éstos desde un diente pilar hasta el diente pilar del otro extremo, después de lo cuál se verifica el cierre en céntrica hasta que el cemento endurezca.

Una vez que el cemento ha endurecido, se remueve el excedente por medio de un explorador fino para evitar lesionar al tejido gingival ya que estos cementos no fraguan con dureza quebradiza por lo cuál es más difícil removerlos subgingivalmente y se encontrarán irritando continuamente al tejido gingival.

2. CEMENTACION DEFINITIVA

Con una preparación adecuada de la dentina de una manera previa a la cementación definitiva y una manipulación correcta de la mezcla de cementos es posible eliminar los efectos nocivos del cemento definitivo.

No hay cemento capáz de una verdadera adhesión a la estructura dentaria; desde el punto de vista químico el cemen

to dentario no se adhiere a la superficie del diente ó al metal, no hay atracción química molecular, de modo que no debe pensarse que dicha substancia mantendrá en su lugar al colado; es un auxiliar en la retención, pero no la única fuente; ya que la preparación del pilar con forma retentiva y un cólodo-bién ajustado en conjunto con un cemento correctamente maneja-do proporcionan una restauración de larga duración.

En la realización de la cementación definitiva existen ciertos factores que deben ser considerados como son:

a. Preparación de la Boca.

Su objetivo es el de conseguir y mantener un campo-seco durante el proceso de cementación. Debe pedirse a los pacientes que se enjuaguen la boca con una substancia astrigente para disminuir la secreción de saliva. La zona donde va a colocarse la prótesis debe aislarse con rollos de algodón ubicándolos de manera que eviten que los tejidos blandos humedescan esa zona; se coloca además un eyector de saliva para que el control de la humedad sea mayor.

b. Preparación de los Pilares.

Se limpian las preparaciones (del cemento) con una-torunda de algodón con un poco de tetracloruro de carbono, es necesario examinar cuidadosamente las hendiduras gingivales - en busca de partículas de cemento temporario, asegurándose de que el tejido gingival se encuentre perfectamente separado de modo que el borde de la corona no quede sobre él. Las preparaciones deben mantenerse secas para poder aplicarles una sus-pensión de Metimyd durante 3 min. (protege al diente de la a-gresión del medio cementante) y si es necesario también se a-

plica una capa de barníz de copal (Copalite) hasta cerca de la línea de terminación dejando secar el barníz en cada aplicación.

c. Preparación de la Prótesis.

En las superficies externas de la Prótesis se aplica un poco de grasa evitando la penetración de ésta en los retenedores, con ésto evitamos que los excedentes de cemento se adhieran a las superficies externas y puedan ser eliminados fácilmente.

Se colocan hilos de seda amarrados en los espacios interproximales de la prótesis con el objeto de que una vez fraguado el cemento los excedentes puedan ser retirados al jalar los hilos sin tener que lastimar al parodonto con instrumentos exploratorios.

d. Mezcla del Cemento.

El factor principal en la mezcla del Cemento es la mayor incorporación de polvo al líquido; la verdadera porción soluble del cemento es la matriz cristalina que se forma alrededor de las partículas originales de polvo, al incorporarse una mayor cantidad de polvo a la mezcla, menor será la matriz que se forme y por lo tanto menor será la solubilidad del cemento y mayor será su resistencia. La mezcla debe ser lisa, sin burbujas ni grumos.

e. Cementación.

Por presión digital se asienta la prótesis, se retira el eyector y se coloca un rollo de algodón en las superfi-

cies oclusales de la prótesis ayudando al paciente a que cierre en céntrica hasta que fragüe el cemento.

Con un explorador se eliminan los excedentes de cemento que se encuentran alrededor de los márgenes de las restauraciones, no deben dejarse partículas de cemento en los nichos gingivales ó zonas proximales; en la zona del p^ontico el desplazamiento del cemento se realiza con los hilos ubicados en los espacios interdentarios desplazándolos de mesial a distal.

Revisión y Mantenimiento.

Durante los días siguientes a la cementación de la prótesis, pueden existir ciertas molestias debido a que los dientes han estado acostumbrados a responder a presiones individuales y al encontrarse unidos entre sí van a responder de una manera distinta (los movimientos de los dientes cambian)-por lo cuál el padodonto tiene que reajustarse al nuevo funcionamiento.

Puede existir sensibilidad a los cambios térmicos, por lo tanto debe indicarse al paciente que evite las temperaturas extremas en los días siguientes a la cementación.

Debe exponerse al paciente las limitaciones de la prótesis como son la fragilidad de las carillas, evitar morder objetos duros e indicarle que la salud de los tejidos circundantes a la prótesis dependen del cuidado diario que éste tenga de los mismos. Que la prótesis debe ser revisada en cierto intervalo de tiempo de acuerdo a como se le indique para realizarle un exámen rutinario para revisar los contactos interproximales, relaciones mucosas de los p^onticos, los márgenes de los retenedores, los tejidos gingivales y la oclusión; y si se presentan síntomas extraños en cualquier oca-

sión, éstos deben ser investigados lo antes posible.

Se repiten las instrucciones de limpieza y se recalca la necesidad de revisiones regulares anotando en la Historia Clínica la fecha de control.

C A P I T U L O V I I I
INSTRUCCIONES AL PACIENTE SOBRE EL
CUIDADO DE LA PROTESIS

La fase final de la rehabilitación bucal es una instrucción adecuada a los pacientes acerca de los cuidados caseros que deben efectuar una vez que se les ha colocado su prótesis.

El Odontólogo debe observar cómo y que hace el paciente con ésta importante tarea, es decir su habilidad y motivación para realizar el cuidado casero; sin una motivación para un régimen de cepillado y estimulación sistemática el caso irá al fracaso por mejor ejecutado que esté.

I. FISIOTERAPIA BUCAL

Una correcta instrucción y supervisión del cuidado casero es tan importante como cualquier servicio que rendimos al paciente en rehabilitación bucal.

Debe hacerse un gran esfuerzo para motivar al paciente para que realice concientemente los procedimientos de limpieza necesarios que deberán ser mantenidos adecuadamente puesto que sin la cooperación del paciente toda terapéutica parece injustificable.

La reincidencia de caries y enfermedad parodontal en los márgenes de las restauraciones puede observarse si no se tiene el cuidado necesario de asegurar el masaje a los tejidos de soporte y la minuciosa limpieza de todas las caras de los dientes.

Es necesario controlar efectivamente la formación de placa bacteriana de modo que la enfermedad no tenga la oportunidad de presentarse ya que una vez eliminada la placa bacteriana, le toma de 24 a 48 horas producirse de nuevo.

Los medios que más se han empleado para una fisioterapia bucal completa son:

a. Soluciones Revelantes

Tabletas de sabor agradable y de color, que se emplean para medir la limpieza del diente, consisten de un colorante vegetal soluble en agua que tiñe la placa dentaria de modo que la hace visible sin removerla. No colorea al diente a la restauración si está libre de placa, las zonas cervicales e interproximales son las superficies más frecuentemente teñidas.

Debido a que la placa es el factor principal de enfermedad dentaria, se observará que si es eliminada, la enfermedad no existirá. En una visita de control los dientes deben ser teñidos y con un espejo de mano mostrar las áreas que no han sido correctamente abarcadas durante el cepillado. El paciente debe utilizar estas soluciones revelantes diariamente hasta que se haga eficiente en la limpieza de sus dientes, después de lo cual puede utilizar como control éste medio una vez por semana.

b. Cepillado

El objetivo principal del cepillado de los dientes es como ya se indicó la remoción de adherencias coronarias, restos de comida, depósitos blandos y bacterias; su remoción regular previene la formación de enfermedad.

c. Seda Dental

Las caras interproximales son relativamente inaccesibles al cepillado (como lo prueba la retención de solución-reveladora después del cepillado), el uso regular de un hilo de seda delgado deslizado en zonas donde se encuentran dientes naturales en contacto con restauraciones ó bien prótesis-dentarias asegura la higiene de dichas zonas con un estado de salud completo ya que remueve los microorganismos teñidos.

d. Estimuladores Interdentarios

Muchos problemas gingivales comienzan en la zona interproximal donde el cepillo no puede llegar por lo cuál es necesario dar cierta vitalidad al tejido gingival interproximal por medio de un estimulador interdentario que se coloca en el espacio interproximal hasta que se sienta ajustado para dar masaje a los tejidos con un movimiento de bombeo (de arriba a abajo y de adentro a afuera). Al principio este procedimiento puede ser doloroso y causar hemorragias, sin embargo por la estimulación los tejidos pueden repararse originando el retorno a la normalidad porque se estimula la circulación que da un buen aporte sanguíneo y una buena oxigenación.

e. Water Pik

Este aparato puede formar parte de la fisioterapia-bucal, es importante como complemento de casos en los cuales se ha realizado un tratamiento parodontal previo a la prótesis. Por medio del agua pulverizada se ha logrado mantener un mejor estado de salud en la unión de la prótesis con el parodonto debido a que la irrigación forzada remueve la placa dentaria en el surco ya que produce una compresión suave e intermitente mostrada en la isquemia que se produce; irriga a fon-

do el surco gingival al levantar el márgen gingival libre lavando la hendidura, las bolsas operadas, etc.

Los dentífricos tienen acción detergente y cualidades de pulimiento, pero no son de valor terapéutico para el parodonto sin embargo si son empleados lo mejor es emplear los menos abrasivos.

La preservación de la integridad individual de la unidad que constituye el diente y sus estructuras de soporte son de gran importancia para la conservación de la salud bucal. La vida futura de una restauración y su función van a depender del cuidado que se tenga a la adherencia epitelial, el cuidado que se tenga al realizar las restauraciones y del cuidado que tenga el paciente una vez terminado su tratamiento.

Factores pequeños ó grandes que modifiquen la rehabilitación bucal pueden hacer que una rehabilitación fracase ó bien que se logre un completo estado de salud.

C O N C L U S I O N E S

El conocimiento exacto de las características de las partes que integran una Prótesis Fija así como las ventajas y desventajas de los distintos tipos de prótesis y materiales de los que están hechos, resulta indispensable para el Cirujano Dentista que hace Prótesis Fija en su consultorio dental.

Es importante recordar que el Odontólogo es un especialista de la Medicina General por lo tanto es su obligación estudiar detenidamente a cada paciente para aplicar en cada uno de ellos el tratamiento adecuado y así darle un servicio individualizado acorde a las necesidades propias de cada caso de ahí, la importancia de una Historia Clínica concienzudamente efectuada que será base fundamental para cualquier procedimiento en boca.

La preparación de muñones es sin duda el punto central en el trabajo de Rehabilitación Bucal, el dominio de las técnicas y la habilidad del profesional determinarán el éxito del tratamiento. Es por eso que el Cirujano Dentista tiene la obligación de mantenerse actualizado para ejecutar las maniobras técnicas que den los mejores resultados y que proporcionen al paciente la máxima comodidad.

Las prótesis provisionales cumplen dos objetivos de gran importancia, técnicamente son indispensables para la conservación de los dientes preparados, pero psicológicamente son de gran ayuda para el paciente ya que le permiten mejorar de manera inmediata su aspecto estético o bien en su caso le evitan la molestia de sentirse parcialmente desdentados; por eso las prótesis provisionales deben de elaborarse con un má-

ximo de precisión aunque su tiempo de duración en la boca sea breve.

Todo procedimiento en Odontología es una cadena de pequeños detalles, cuando alguno de éstos detalles es descuidado la cadena se rompe y todo el procedimiento resulta erróneo, así pues la toma de impresiones es tan importante como cualquier otro procedimiento en una rehabilitación bucal y debemos efectuarlo utilizando la técnica adecuada al caso y el material necesario para complementarla sin perder de vista que la técnica adecuada será siempre la que mejor domine el O d o n t ó l o g o.

La parte que desempeña el laboratorio dental en una rehabilitación bucal es evidentemente fundamental para el éxito final, es por eso que el Cirujano Dentista debe verificar a su satisfacción los avances de la prótesis en el laboratorio puesto que es el único que tiende un puente entre el trabajo técnico y el Médico que se efectúa en la cavidad bucal.

A pesar de que todos los procedimientos para la elaboración de una prótesis se hayan efectuado con precisión, tenemos que contemplar el factor de adaptación del paciente a un aparato ajeno a su organismo y que demostrará su funcionalidad al colocarse en la boca, por eso la cementación provisional es un elemento técnico valioso que nos permite comprobar dicha adaptación.

El punto final de nuestra intervención es tan importante como el primero, un cementado definitivo exacto complementará satisfactoriamente todo el trabajo antes efectuado.

Por último no debemos permitir que el paciente piense que se trata de un procedimiento exclusivo del Cirujano Dentista, es nuestro deber concientizarlo de las obligaciones que adquiere para mantener por tiempo indefinido en su boca -

un aparato protésico de las características de las coronas de metal - porcelana.

Indudablemente, la realización de rehabilitaciones dentarias de alta calidad, son una gran motivación para realizar el mayor esfuerzo para brindar a los pacientes cada vez - un mejor tratamiento profesional que nos dará resultados óptimos y de gran duración cuando se efectúan de la manera más - cuidadosa y en colaboración con el paciente para su cuidado y mantenimiento.

B I B L I O G R A F I A

1. APUNTES DE LA CATEDRA DE CLINICA INTEGRAL I Y II.
C. D. SALOMON EVELSON G.
Prof. de la Cátedra de Clínica Integral de la Facultad de
Odontología de la U.N.A.M.
2. BAUM, LLOYD
Rehabilitación Bucal
México, Nueva Editorial
Interamericana, 1977.
3. BEAUDREAU, DAVID E.
Atlas de Prótesis Parcial Fija
Editorial Médica Panamericana S.A. 1978.
4. GOMEZ COTTIER, RAFAEL
Prótesis Fijas
México, Unión Gráfica 1960.
5. IRA FRANKLIN, ROSS
Oclusión.
Conceptos para el Clínico
Editorial Mundi, 1971.
6. JOHNSTON PHILLIPS Y DYDEMA.
Práctica Moderna de la Prótesis de Coronas y Puentes
Tercera Edición 1979
Editorial Mundi.
7. KORNFELD, MAX.
Rehabilitación Bucal.
Procedimientos Clínicos y de Laboratorio.

- Tomo I y II
Editorial Mundi.
8. MYERS, GEORGE E.
Prótesis Fijas de Coronas
Segunda Edición 1974.
Editorial Labor.
 9. RIPOL GUTIERREZ, CARLOS.
Métodos Clínicos en Rehabilitación Bucal.
Tomo I 1972.
Editorial Internacional S.A.
 10. ROBERTS, DEREK HARRY
Prótesis Fija
Editorial Médica Panamericana 1979.
 11. DR. SIGURD P. RAMFJORD
DR. MAJOR M. ASH JR.
Oclusión
Segunda Edición 1972
Editorial Interamericana.
 12. SKINER, R. W. PHILLIPS W. R.
La Ciencia de los Materiales Dentales.
Sexta Edición 1970
Editorial Mundi.
 13. TURRELL, JULIO C.
Rehabilitaciones Dentarias
Editado en 1976
Editorial Mundi
 14. TYLMAN, STANLEY D.
MALONE, WILLIAM F. P.
Tylman

Teoría y Práctica de la Protoprotesis Fija
Séptima Edición 1981
Editorial Intermédica.

15. ALVAREZ DE LILLE, JUAN
Síntesis de los procedimientos clínicos en la Prótesis Fija actual.
UNAM 1963
Tesis.
16. DIAZ RUBIO, RICARDO
Obtención del diagnóstico en la Prótesis Fija actual.
México 1966
Tesis.
17. GARCIA DIAZ, ALBERTO
Soportes, retenedores, su preparación y tratamiento.
México 1965
Tesis.
18. GUTIERREZ LAINEZ, SALVADOR
Importancia de la Prótesis Provisional.
Guadalajara JAL. 1966
Tesis.
19. MARTINEZ DE LEON HERIBERTO
Prótesis Fija
México, 1965.
Tesis.