

Lijangola

327



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

Provisionales en Prótesis Parcial
Fija.

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a :
Fernando Flores Revilla



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 esta 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.

INDICE

- Capítulo I.- Introducción
- Capítulo II.- Antecedentes de la Prótesis Dental.
- Capítulo III.- Definición e Importancia del uso de Provisionales en Prótesis Parcial Fija.
- Capítulo IV.- Diferentes técnicas para la elaboración de una Prótesis Provisional:
- A.- Provisionales Inmediatos:
 - 1.- La Banda:
 - a).- Técnica Directa
 - b).- Técnica de Cascarón
 - c).- Técnica de Alginato
 - d).- Técnica Extraoral
 - 2.- Técnica con Materiales Elásticos
 - 3.- Técnica con Cera
 - 4.- Técnica con Dientes Prefabricados
 - 5.- Provisionales en Dientes Despulpados.
 - B.- Provisionales Mediatos:
 - a).- Técnica por medio de Encerado.
 - b).- Técnica de Alginato.
- Capítulo V.- Ventajas y Desventajas de la Restauración de Acrílico.

Capítulo VI.- Condiciones que requieren los materiales de los provisionales para su uso, elaboración y colocación.

Capítulo VII.- Precauciones en el uso de Provisionales.

Capítulo VIII.- Obturaciones y Tratamientos Provisionales:

- a).- Obturaciones de Cemento.
- b).- Obturaciones de Amalgama
- c).- Coronas Metálicas
- d).- Coronas de Resina
- e).- Coronas Prefabricadas de Resina
- f).- Restauraciones Corrientes
- g).- Colados Metálicos
- h).- Puente Provisional
- i).- Dentadura Provisional
- j).- Mantenedor de Espacio.

Capítulo IX.- Conclusiones

Capítulo X.- Bibliografía

CAPITULO I

INTRODUCCION

La Prótesis Dental constituye una rama esencial de la terapéutica odontológica. Su misión es procurar la rehabilitación morfológica y funcional del sistema masticatorio. Para lograr ésto, la prótesis dental substituye las partes perdidas por medio de la colocación de un aditamento adecuado. De esta manera se convierte en agente terapéutico, cuya responsabilidad trascendental es reconstruir físicamente las estructuras dentarias y sus partes asociadas, haciendo que ellas intervengan convenientemente en el desarrollo de las funciones masticatoria, fonética y estética trastornadas por la ausencia de dientes.

La finalidad de este trabajo es hacer notar la importancia que dentro de la práctica dental tienen la planeación y construcción de los Provisionales en Prótesis Parcial fija.

Una de las razones fundamentales por las que se decidió la elección del presente tema es la de resaltar la necesidad que existe de que el Cirujano Dentista se percate del valor que las prótesis provisionales tienen dentro de su práctica profesional.

En este estudio se tratarán las diferentes técnicas y su elaboración. Se describirán éstas con el propósito de mostrar su variedad y de ésta forma proporcionar al dentista la oportunidad de seleccionar aquella que mejor se adapte a las necesidades del paciente y pueda lograr un resultado más satisfactorio. Las ventajas y las desventajas de los provisionales de acrílico. También se hace mención de las condiciones que requieren los materiales de los provisionales para su uso, elaboración y colocación. Las precauciones que se deben tener para evitar los riesgos que pueden presentarse tanto en el paciente como en el operador y los diferentes tipos de obturaciones y tratamientos provisionales.

En base a las descripciones y explicaciones de las técnicas usadas en las prótesis provisionales, el autor se propone a ofrecer al Cirujano Dentista un marco determinado del cual él pueda seleccionar aquella técnica que de una manera más satisfactoria resuelva las necesidades específicas del paciente.

Esfuerzo, tiempo, paciencia y dedicación, son factores que debe tener cualquier persona que ejerza esta profesión para la superación de la Odontología.

CAPITULO II

ANTECEDENTES

Tan temprano como la mitad del primer milenio pre-cristiano, son encontradas dentaduras parciales artificiales, fijas y removibles, hechas de oro suave y conteniendo p^onticos-naturales artificiales. Uno de los espec^omenes existentes - m^os interesantes y antiguos, es un bloque de dientes tallado, que es un puente dental Etrusco construido antes del a^o 500-A. C.

Es muy probable que los Etruscos hayan introducido el trabajo dental de puentes fijos a los Romanos. Brown establece que por su propia examinaci^on de varios tipos de puentes dentales Etruscos y Romanos en Italia, est^o convencido que la mayor parte de ellos eran removibles, mientras que otros estaban permanentemente fijos.

En la ciruj^oa magna del Cirujano franc^os, Guy de Chauliac (escrita en 1363 y publicada por primera vez en 1478), se sugiere que, cuando alguna persona ha perdido algunos dientes, substituirlos de otra boca o por dientes artificiales - de hueso de buey que pueden ser amarrados con ligaduras fijas.

Marco Polo, a fines del siglo XIII, reporta que hombres y mujeres del sureste de China cubrian sus dientes con placas delgadas de oro.

Las dentaduras parciales talladas de hueso o marfil y ligadas a los dientes naturales, fueron usadas en Espa^oña a mediados del siglo XVI. Esta informaci^on est^o obtenida del coloquio breve de Francisco Mart^onez.

Las coronas dentales, que se dicen fundidas de oro, o casquillos del diente, independientes del soporte de ani-

llos, fueron encontrados en tumbas cercanas a Vitulenia, Italia. Brown afirma: "El primer dentista a quien se le conoce el haber empleado casquillos de diente de este tipo es C. Mou ton cerca del año 1740.

Durante los siglos XVII y XVIII se hace referencia a la prótesis dental en algunos trabajos de conocidos escritores de la época.

Es probable que las dentaduras parciales talladas completamente en madera fueron usadas en Japón, tan antiguamente como a mediados del siglo XVII.

Kerr y Rogers indican que los dientes de marfil o hueso, asegurados por alambre de cobre o hilo de tripa de gato, fueron usados en China por larguísimo tiempo, antes de ser introducidos en Europa.

La Historia durante los siglos XVII y XVIII, trata del uso del oro y de matices para realizar un gusto estético individual, sin que se haga ningún avance técnico en particular. En resumen, no hubo mejoras sobre los utensilios de los antiguos Etruscos hasta el advenimiento de Pierre Fouchard.

Pierre Fouchard ha sido constantemente citado como el Padre de la Prótesis Dental Moderna. En el área de prótesis parcial fija fue dudosamente activo; sin embargo, es posible que haya sido el primero en sujetar puentes dentales a la raíz del diente.

El Siglo XIX.

La prótesis parcial fija y coronaria se encontraba verdaderamente en un estado imperfecto de desarrollo hasta 1850. Los métodos modernos en esta área tuvieron su principio des--

pués de esta fecha y el progreso mecánico en todos los campos de la odontología restaurativa, estaba en camino. El método más popular a mediados de éste siglo, era colocando las llamas coronas de pivote. Los materiales usados eran porcelana, placas de oro y platino, alambre de oro y platino, soldadura de oro y clavijas con tomillos y pivotes de gran variedad.

El Siglo XX.

Hasta este tiempo, los dentistas Americanos, independientemente de una actitud biológica básica, estaban desarrollando y produciendo extensas restauraciones dentales. Coronas complicadas, soportes con aperturas de cualquier número de p^onticos, eran adaptadas a raíces estropeadas, irremediablemente afectadas; los rellenos, casquillos, puentes y coronas de oro, dentaduras fijas, construidas en, sobre y alrededor de los dientes enfermos, verdaderamente formaban un mausoleo de oro sobre una masa de sepsis para la cual no existe paralelo en todo el reino de la medicina o la cirugía.

La reacción fue bastante rápida. El péndulo se movió hacia el otro lado bajo la presión de los practicantes médicos. En un lapso de unos cuantos años, la institución de puentes fijos se encontraba en pésima reputación.

Forrest H. Orton, en 1919, en la Universidad de Minnesota, fue uno de los primeros en intentar la reforma de este tipo de tratamiento. Trata de la importancia de la oclusión y la forma anatómica en la construcción de esta prótesis.

Además en 1919, Mauk tenía enumerados los principios básicos sobre los cuales este tipo de tratamientos deben ser construidos. A estos principios se les llamaba: tono fisiológico de todos los elementos anatómicos soportados: soporte adecuado en la preparación del trabajo que se demanda; protección

ción para los tejidos suaves-contornos anatómicos correctos; y articulación y oclusión normales.

Selberg, señala en 1936, que fundamentalmente, los materiales básicos habían cambiado muy poco en los últimos años. Estos materiales eran oro o porcelana o una combinación de los dos. Sintetiza diciendo que la restauración debe cumplir los siguientes requisitos: protección, confort, estética, durabilidad y utilidad. Afirma que los orígenes de irritación- así como de oclusión traumática, deben evitarse. Puede verse que ha habido un gran avance en este campo de la prótesis, del aspecto biomecánico, en las últimas cinco décadas.

En la década siguiente a 1880, Miller, Black y Williams, encaminaron la Odontología hacia un curso de desarrollo desde un ángulo más científico.

Varias investigaciones, encaminadas hacia nuestro conocimiento actual de la bacteriopatología de la cavidad oral y la supuesta relación causal de la infección bucal con la enfermedad sistémica, han dado a la ciencia y arte de la odontología, un nuevo nacimiento y perspectiva. El resultado será primeramente vital. Los procedimientos mecánicos empleados en esta face particular de la odontología, deberían ser considerados, no como los fines de si mismos, sino como medios hacia un fin en relación con el campo biológico. Los pioneros dentales han establecido evidencias profundas y convincentes; por ejemplo: que la profesión dental debe asumir mayores responsabilidades al proporcionar un servicio de salud. La estética fue la causa de la prótesis parcial fija. Sin restarle importancia, no necesita y no debe ser, el resultado por sí. La Odontología Restaurativa Clínica hoy en día, acepta este tipo de tratamiento como un substituto aceptable de segmentos perdidos del arco dental.

CAPITULO III

DEFINICION E IMPORTANCIA DEL USO DE
PROVISIONALES EN PROTESIS PARCIAL
FIJA

Definición.- La restauración que utilizamos en el transcurso de tiempo que hay entre el tallado de la preparación y colocación de la restauración definitiva, se llama "Prótesis Temporal o Prótesis Provisional".

Importancia de su Uso.-

La prótesis provisional o temporal se usa en dos situaciones generales:

1.- Para proteger piezas dentarias hasta que la prótesis definitiva esté lista para ser cementada y proteger piezas dentarias que han sido preparadas entre visita y la siguiente.

2.- Para preservar piezas soporte en casos que requieran tratamiento prolongado y de la colaboración de dos o más especialistas.

En la primera situación, la restauración se utilizará por algunos días, en la segunda, se requiere de muchos meses antes que el tratamiento final sea terminado.

Existen gran variedad de restauraciones provisionales, tales como los cementos restauradores, restauraciones con amalgama, coronas metálicas, restauraciones con resinas acrílicas, etc. Cada uno de estos provisionales se utilizará con y para ciertas finalidades.

CAPITULO IV

DIFERENTES TECNICAS PARA LA ELABORACION DE UNA PROTESIS PROVISIONAL

A.- PROVISIONALES INMEDIATOS.-

Para las restauraciones temporales, están siendo usados de manera sistemática los acrílicos de polimerización en frío, que han modificado la conducta y la práctica en Odontología Restauradora. La dificultad en obtener un ajuste perfecto, duradero a nivel de los márgenes, de donde resulta una retención inadecuada, inflamación gingival, sensibilidad y desajuste del cemento temporal son defectos del acrílico empleado por sí solo.

La férula con banda de cobre fue sugerida por vez primera por el Dr. Lewis Fox, y desarrollada hasta el presente por el Dr. Morton Amsterdam, quien ha eliminado muchos de los defectos a tal grado que ha dejado poco que desear. Principalmente cada corona temporal es hecha de una banda de 3 o 4 mm de altura, adaptada estrechamente al área del margen subgingival sobre el cual se coloca y retiene la resina acrílica. El resultado es una restauración temporal con ajuste marginal adecuado, buen contorno gingival, retención adecuada y libre de cualquier posibilidad de que se elimine el cemento.

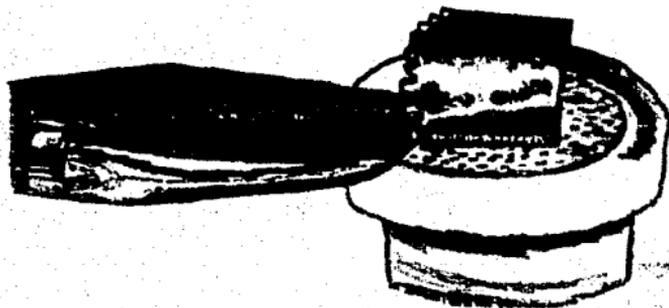
1.- La Banda.- Las bandas de cobre son relativamente económicas y vienen en varios tamaños. Son fáciles de adaptar con precisión al diente y hacen un ideal terminado gingival, sobre todo cuando se bañan en oro, ya que el cobre se oxida con mucha rapidez y deja una superficie oscura que se ve a través del acrílico. Las bandas son templadas, orificadas y opacadas si se desea. Es más conveniente y ahorra tiempo, contar con bandas previamente orificadas y preparadas pa-

ra este procedimiento. El cobre debe ser lo más delgado posible para que la adaptación sea exacta y la banda templada se adapte a la forma de la preparación en el margen y no se tenga que bruñir. Una vez colocada y festoneada la banda en el área subgingival, se acorta a una altura de 2 o 3 mm. supra-gingivalmente, de tal forma que se retenga con el acrílico que se colocará sobre ella y el diente preparado.

A continuación se describirán cuatro técnicas básicas para colocar el acrílico sobre las preparaciones y bandas. En tres de ellas la resina acrílica es polimerizada en la boca, lo cual hace necesarias ciertas precauciones. Con las bandas en su lugar sobre las preparaciones, se seca la dentina expuesta y se lubrica ligeramente con vaselina, ésta aplicada con un cepillo, los dientes adyacentes y los tejidos suaves se lubrican colocando la vaselina con los dedos. Pueden suceder accidentes como el desalojamiento de una corona o prótesis vecina o la fractura de un diente preparado, al tratar de sacar la férula una vez que ha endurecido. El papel de estaño adaptado sobre estos materiales evita dichos accidentes. Otra precaución que debe tomarse es mejorar el área con un chorro de agua fría mientras el acrílico polimeriza y endurece. Esto evitará cualquier posibilidad de que se quemé el tejido o se inflame la pulpa debido a las reacciones exotérmicas del acrílico al polimerizarse.

a).- Técnica Directa.--

Se recomienda para un tercio o media arcada. Es particularmente útil donde faltan dientes y/o existen desajustes oclusales que pueden ser corregidos eliminando primeramente las interferencias en el segmento opuesto ocluyendo a un anti



Retenciones para la banda de cobre.



Bandas de cobre para centrales.

cipado pleno oclusal para que se construya la férula de bandas de cobre. Si el segmento que ocluye está dañado a tal grado que requiera reconstruirse, podrá ser preparado más tarde y construido con la nueva relación oclusal.

Una vez que están en su lugar las bandas y el separador, se coloca el acrílico y se adapta con la mano sobre toda el área, incluyendo cualquier diente faltante, se debe tener especial cuidado al adaptar el material alrededor de los márgenes gingivales para asegurar su retención por medio de las bandas. La resina se adapta mejor cuando tiene consistencia de migajón. Las superficies de los dientes antagonistas se lubrican y se guía al paciente a oclusión céntrica para hacer una impresión definitiva de los antagonistas en la resina suave. El paciente es instruido para abrir y cerrar varias veces para asegurar que la mordida sea correcta y no ha distorsionado la adaptación gingival de la resina. Puede ser necesario readaptar la resina en las áreas gingivales con la presión digital y hacer que el paciente cierre y abra varias veces para corregir cualquier posible brote del material. Se retira toda la masa de acrílico de la boca y se le da anatomía a los dientes. Se pule y se cementa.

Si alguna banda no se desalojara junto con el acrílico, se harán más retenciones cortando parte de la superficie intracoronal, volviendolo a llenar y recolocando la férula. Para evitar esta posibilidad, se pueden adaptar pequeñas cantidades de resina más suave, con el dedo o con el cepillo, sobre cada preparación y banda antes de aplicar toda la masa de resina.

b).- Técnica de Cascarón.-

Indicada en segmentos anteriores, donde la estética es de mayor importancia, o para una arcada completa si es preparada de una sola vez. Para que exista la máxima estética, sobre un modelo del paciente, se encera y reduce donde sea necesario, se restauran los dientes ausentes y en mala posición - y se realinean las desarmonías oclusales que son influidas por la oclusión antagonista. Se toma una impresión con alginato. Se coloca resina con un pincel en esta preparación, formando un cascarón delgado externo, una vez endurecido, se retira de la impresión. Se corta el tercio gingival del cascarón para evitar interferencias con las bandas de cobre al colocar la férula, y para admitir el acceso de una nueva mezcla de acrílico que se agrega en la boca. Ya que la preparación del cascarón toma poco tiempo, se puede hacer unas horas antes o mientras el dentista lleva a cabo los procedimientos de operatoria en la boca. Se prueba todo el cascarón sobre las preparaciones con las bandas en su lugar, y se hace que el paciente ocluya en céntrica mientras se revisa que no haya interferencias que puedan evitar su acomodamiento apropiado. Después se coloca el separador, se seca el cascarón, se lleva con nueva mezcla de acrílico y se vuelve a colocar. El material de exceso se adapta al margen con los dedos para asegurar el contacto con las bandas de cobre. Se moja con agua fría mientras endurece. Se retira la férula. Las áreas de las bandas que no tienen acrílico se pintan de éste y se dejan endurecer. Se recorta, pule y cementa.

c).- Técnica de Alginato.-

Se toma una impresión de alginato antes de empezar los rebajes y se mantiene húmeda. Los dientes se preparan, se adaptan las bandas de cobre, se festonean y se colocan. Usando una navaja Bard-Parker, se corta de la impresión de alginato

to una generosa cantidad del tercio gingival de los dientes - preparados, para dar espacio a las bandas y al acrílico. Se aplica el acrílico, se vuelve a colocar la impresión en la boca con la ayuda de los dientes sin preparación como topes para su colocación. Se mantiene en posición mientras se enfría con un chorro de agua hasta que endurece. Se retira la impresión y la resina, se rellenan las áreas faltantes subgingivales, se recorta, pule y cementa.

d).- Técnica Extraoral.-

Está indicada en pacientes alérgicos al monómero liberado en la polimerización que se lleva a cabo. Se han observado severas reacciones a estos materiales, no obstante las precauciones tomadas.

Una vez festoneadas y ajustadas las bandas de cobre, se cortan cerca del borde oclusal o incisal de cada preparación y se le hacen tres o cuatro cortes que se doblan hacia afuera de las preparaciones. Se llena con alginato un porta impresión Coe-Getz para comprobar la mordida (previamente diseñado para asegurar la reproducción de los segmentos antagonistas en oclusión en un porta impresiones), se coloca sobre las bandas y se indica al paciente que cierre. Una vez fraguado el material de impresión, se pide al paciente que abra mientras el dentista sostiene el porta impresiones en su lugar sobre la arcada que tiene las bandas de cobre. Se retira de un solo intento la otra mitad, siguiendo la línea de los ejes longitudinales de las preparaciones. En una sola impresión, las bandas de cobre y la oclusión antagonista están adecuadamente relacionadas. La impresión del antagonista se corre en yeso piedra y las circunferencias subgingivales descubiertas de las bandas de cobre se cubren con yeso, el cual permite una remoción más fácil de las bandas. Cuando ha fraguado, se puede colocar yeso piedra para completar el modelo. El yeso piedra que queda dentro de las bandas, requiere un ma

nejo cuidadoso mientras se retiran éstas y se vuelven a colocar después de recortadas. El yeso piedra siempre da una reproducción exacta de las preparaciones. Con las bandas en su lugar en el modelo, se coloca una masa de acrílico y el modelo antagonista se coloca en posición de oclusión. Cuando la resina ha endurecido se termina la férula como en la técnica directa.

2.- Técnica con Materiales Elásticos.-

Indicada en los casos en que el paciente cuente con todos sus dientes naturales o artificiales, con su corona clínica relativamente completa, pueda tomarse una impresión con un material elástico, previa a las preparaciones de los pilares. Una vez rebajadas las piezas y tomada la impresión, se vierte en ésta acrílico autopolimerizable y se lleva a la boca, colocando previamente grasa o vaselina en pilares y tejidos vecinos. Cuando alcanza su estado plástico, se retira de la boca y puede recortarse el exceso de acrílico, cuando adquiere su estado rígido, es sumamente importante que al recortar los provisionales se terminen con las siguientes características.

1.- Surcos interproximales adecuados para que se sitúe en ellos libremente la papila interdientaria, evitando así su irritación o inflamación.

2.- En la zona de los pñnticos, el contacto que tenga el acrílico con el proceso, sea el mínimo necesario para cumplir con los requisitos de estética, y deberá instruirse al paciente sobre los cuidados que debe tener con esta prótesis (cepillado, uso de hilo dental, etc.).

3.- Los ajustes del acrílico en las preparaciones deberán ser lo más exactos posible para evitar irritaciones en los tejidos blandos, y la superficie del acrílico deberá pulirse al máximo posible, para dejarla tersa y evitar el estancamiento o retención de placa bacteriana, ya que sabemos que ésta se retiene casi en proporción directa con la aspereza de superficies y al incorrecto cepillado.

3.- Técnica con Cera.-

Esta técnica es muy semejante a la de los materiales elásticos descrita anteriormente, ya que todos los pasos a seguir son idénticos, a diferencia que en vez de utilizar un material elástico (alginato, hule o silicón), se empleará cera rosada. Previamente calentada, se adapta al porta impresión, se recalienta a una temperatura que sea soportada por los tejidos y soporte dentarios. Pero al mismo tiempo la cera deberá ser lo suficientemente blanda. Se lleva a la boca para impresionar la zona deseada (superior o inferior), lubricándola previamente. Se indica al paciente que cierre para que la arcada opuesta nos sirva como émbolo.

Esta técnica nos ofrece la ventaja de que siendo la cera un material semielástico, al aplicarlo a las piezas deseadas y tomar la impresión de las mismas, registra el contorno. Al retirarlo de la boca siguiendo la convexidad de las piezas, la cera se abre ligeramente dejándonos un pequeño espacio mayor que puede ser aprovechado para dejar las paredes de acrílico ligeramente más gruesas y con posibilidad de ser pulidas sin peligro de debilitarlas o fracturarlas.

4.- Técnica con Dientes Prefabricados.-

Existen en el mercado dientes prefabricados que pueden ser de celuloide, policarbonato y acero cromo.

La técnica para su empleo, en términos generales, es la siguiente:

1.- Prueba del provisional en la preparación.

2.- Recorte con tijera o piedra para lograr el margen-gingival similar al del pilar.

3.- Rebasarse el provisional con acrílico y posteriormente cementarse o simplemente cementarse con un cemento de consistencia espesa (Tem-Pack, ZnO y Eugenol).

5.- Provisionales en Dientes Despulpados.-

El empleo de provisionales en un diente despulpado y preparado para recibir un pivote y muñón es un paso importante en el proceso restaurativo. Desempeña las siguientes funciones:

1.- Cumplirá con las demandas estéticas del paciente.

2.- Mantiene la función si está correctamente preparado.

3.- Mantiene la relación mesio-distal de los dientes adyacentes, que de otra forma podrían inclinarse hacia la raíz despulpada como resultado de la falta de contacto.

4.- Protege al diente preparado de cualquier lesión durante las citas, ya que en ocasiones éste se encuentra extremadamente frágil.

5.- Mantiene la relación del margen gingival del diente. En los casos en que el diente preparado queda bajo el margen gingival, evita el crecimiento de la encía sobre la raíz.

La técnica usada incluye la elaboración de una corona con acrílico rápido. Cuando está presente la suficiente corona clínica, pueden usarse los procedimientos de rutina para la elaboración de coronas temporales de acrílico. Sin embargo, en los casos en que existe sólo una mínima corona preparada, puede utilizarse la siguiente técnica:

1.- Reconstruir la corona clínica con cera rosa o azul

2.- Tomar una impresión con material elástico (alginate, hule o silicón, en este caso se recomienda utilizar los últimos dos debido a sus propiedades y su precisión), una vez que ha fraguado, retirarlo siguiendo el eje longitudinal de las piezas para evitar cualquier deformación en nuestra impresión.

3.- El exceso de corona se remueve.

4.- Se lava perfectamente la preparación y el conducto, se seca y se lubrica con vaselina o grasa. Se hace la mezcla del acrílico en un godete y cuando adquiere una consistencia aproximada de migajón, se empaca perfectamente en el conducto retirando inmediatamente el exceso. Realizado esto, se introduce un trozo de "clip" al cual previamente se le hacen unas muescas para la retención del acrílico.

Se mantiene la impresión uno o dos minutos y se retira, se verifica si está bien y se vuelve a introducir hasta la polimerización total del pivote.

5.- Colocando el pivote en el conducto, se rectificará la extensión oclusal del "clip" para asegurar que su longitud no interfiera con la oclusión.



Provisionales en Dientes Despulpados

6.- Se coloca acrílico rápido sobre la impresión de hule o silicón y se lleva a la boca del paciente. El acrílico se adhiere a la porción oclusal del " clip " para que puedan removerse juntos.

7.- Se elimina el acrílico sobrante y la restauración completa se reinserta en el diente para rectificar la oclusión y la estética.

8.- Se retira, pule y prepara para cementarlo con ZnO y Eugenol. El cemento no debe llevarse al pivote sino únicamente a la superficie interna de la corona de acrílico.

B.- PROVISIONALES MEDIATOS.-

A partir del modelo de estudio pueden obtenerse provisionales valiéndose de las siguientes técnicas:

1.- Técnica por medio de Encerado.-

1.- Al modelo de estudio se le hacen las correcciones necesarias por medio de encerado, se modelan los dientes ausentes, se engruesan ligeramente las zonas cervicales de los dientes pilares y ya que el modelo ha tomado sus características ideales:

2.- Se sumerge en una solución jabonosa y se bate yeso para tomar una guía, se retira el modelo de la solución y se obtiene la guía de las caras bucales, incisales u oclusales.-

3.- Se retira la guía y, chorreando agua caliente en el modelo, se elimina toda la cera que contiene.

4.- Los dientes pilares se preparan en el modelo de una manera semejante a la que se efectuará posteriormente en-

la boca, pero tratando que sean de mayor tamaño que éstos.

5.- Se pinta el modelo con separador (color-gard) al igual que la guía.

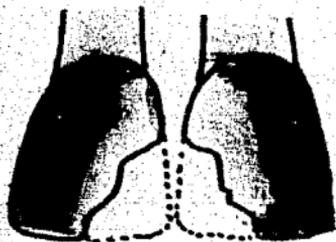
6.- En un godete, se mezcla acrílico autopolimerizable se coloca la guía en la posición correspondiente en el modelo, y por la parte que corresponde a las caras palatina o linguales, estando el acrílico entre su estado filamentososo y el elástico, se fuerza en los espacios virtuales de los dientes y se espera a su completa polimerización.

7.- Se remodelan las caras palatinas o linguales y se siguen los mismos pasos de la técnica con materiales elásticos.

8.- Ya que se han efectuado en el paciente las preparaciones de los dientes pilares, se prueba la férula provisional; en caso de que no entre, se desgasta lo que sea necesario; si entra flojo, se rebasa con una nueva mezcla de acrílico.

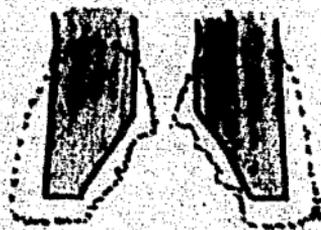
2.- Técnica de Alginato.-

Una vez preparados los modelos de estudio con sus piezas, se toma una impresión de alginato, se recortan las piezas y se rellena la impresión igual que en la técnica de materiales elásticos, con la diferencia de que la operación se practica en el modelo de estudio.



Fractura de centrales superiores

separación para restauración provisional



Terminado de restauración
provisional

CAPITULO V

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA RESTAURACION DE ACRILICO

Ventajas:-

En el empleo de los provisionales es necesario, hacer notar los beneficios que éstos nos aporten.

Estas ventajas son de primordial importancia conocerlas, pues una vez realizadas la o las preparaciones dentarias, se trate de un diente simple, de un cuadrante bucal o de todo el arco, hay que saber elegir los materiales que emplearemos; cuando y cómo los usaremos y el tiempo que los emplearemos; por lo tanto se anotan las concordancias y desacuerdos de los autores, pero basados en una sola finalidad, registrar para el conocimiento del Cirujano Dentista las aportaciones de beneficio que nos brinden los provisionales. La restauración de elección para estos casos es la de Acrílico.

Y es como sigue:

- 1.- Mejorar y corregir temporalmente las anomalías estéticas que presentan los dientes.
- 2.- Mantienen estables los tejidos blandos facilitándonos las impresiones y la colocación de las prótesis definitivas, además previenen la irritación de los tejidos gingivales permitiendo a éstos volver a su tonicidad normal.
- 3.- Previenen la innecesaria exposición de los dientes preparados a los fluidos bucales. Evitando así la irritación provocada por la saliva.
- 4.- Mejoran la masticación y fonética

5.- Ayudan a mantener el apósito de cemento quirúrgico sobre los tejidos blandos.

Esto se recomienda en los casos que habiendo muy poca corona al desgastar, se haga una gingivectomía en esta zona, se colocan las cofias de acrílico, provistas de pequeñas aletas que cubrirán la zona operada. Posteriormente estas aletas se recortarán y los provisionales actuarán solamente como el protector de los dientes preparados.

6.- Permiten visualizar el trabajo final y sus posibilidades.

7.- Cuando las férulas existen, permiten comprobar el paralelismo de los dientes.

8.- Mantienen el confort del paciente, esto es, protegen al diente del shock térmico.

9.- Permiten sedar la pulpa durante el tiempo que dure el tratamiento hasta su cementación definitiva.

En estos casos se usan los cementos que tengan como componentes el óxido de zinc y eugenol, como curación provisional.

10.- Nos permiten una rápida reposición de los dientes faltantes.

11.- Nos facilitan pequeños movimientos dentarios.

12.- Evitan la movilidad de los dientes pilares y permiten la colocación ulterior de las prótesis definitivas sin que varíe la posición, al mismo tiempo evitar la extrusión de los dientes pilares y de sus antagonistas.

- 13.- En caso de prótesis parodontal nos ayudan a fijar los dientes.
- 14.- Reducen el abatimiento oclusal y lateral de los dientes.
- 15.- Proveen la restauración temporal de función.
- 16.- Nos facilitan la corrección de las anomalías oclusales.
- 17.- Facilitan y mantienen cuando es necesario la modificación o restauración de una nueva dimensión vertical.
- 18.- Permiten al paciente tener noción de su estado y los métodos terapéuticos necesarios.
- 19.- Restauraciones plásticas en bruxismo.

Los materiales usados en las restauraciones en los pacientes con su desgaste anormal, también deben recibir consideración. Aún cuando el bruxismo está controlado o eliminado. Las restauraciones de porcelana o metal pueden ocasionar alteraciones en algunos casos. Puede ser necesario el uso de plástico en las restauraciones, que cubran algunos dientes recortados o mutilados por el hábito fisiológico.

Acrílico curado sobre cópings de porcelana aprobaron la estética que permitió el desgaste anormal continuar con menor posibilidad de agredir los dientes antagonistas y el hueso. Es necesario cambiar estas restauraciones de tiempo en tiempo al paso de los años, y al paciente se le debe decir de las condiciones de su cooperación.

20.- El uso de restauraciones provisionales en endodoncia, se hace patente cuando en el caso de que las coronas hayan sido preparadas y su destrucción sea muy grande, ya sea por cavidades cariosas o bien que se hayan roto y la pulpa esté afectada, entonces es cuando el diente es desvitalizado y para que las grapas, que se utilizan para colocar el dique de hule puedan brindarnos ayuda, no habiendo corona donde ponerse, los provisionales son entonces perforados y de ésta manera se efectúa el tratamiento endodóntico, teniendo la grapa el soporte de la corona provisional.

21.- Se pueden utilizar como guardas nocturnos, básicamente son preferibles que los removibles, debido a que por estar fijos, reducen el riesgo de lesiones cariosas.

22.- El temporal también hace un excelente porta impresiones para una impresión de hule.

Quando se ha terminado su fabricación, es pintado dentro de las cofias adhesivo, se le coloca una base de hule de consistencia dura y se reparte en él. El temporal después es presionado en la zona a impresionar.

Quando ha fraguado, se retira. Usualmente la impresión de hule se queda en el diente, es removida también y se coloca en la impresión de alginato. Después que ha sido vaciado el modelo de yeso, el temporal es usado normalmente como tal.

Desventajas.-

Las resinas sintéticas tienen ciertas desventajas para coronas y puentes. Bajo ciertas condiciones de esfuerzo, el material sufre deslizamiento interno, lo que puede traer resultados finales serios. En restauraciones individuales se

ha observado que en el curso del tiempo los puntos de contacto redondeados y situados adecuadamente, a menudo pierden su convexidad y se vuelven superficies planas.

El deslizamiento interno en las resinas, si bien puede ser ventajoso en ciertas condiciones como en las carillas de acrílico, es perjudicial si la deformación del material en una corona es suficiente para romper la unión de cemento en el borde gingival.

Asimismo, a menos que la corona de acrílico se haya saturado a su expansión máxima antes de cementarse, absorberá agua en la boca, causando un cambio dimensional y rompiendo la unión de cemento.

Por lo tanto, debe tenerse mucha precaución en la aplicación clínica de este material. La relación que existe con la dureza de las resinas sintéticas y la cantidad de desgaste en las restauraciones hechas de estos materiales es un problema aún en discusión.

Uno de los mayores inconvenientes de estos materiales es que mientras polimerizan, experimentan una marcada contracción, la que con una correcta técnica extremada en todos sus detalles, puede reducirse a un mínimo y hasta casi compensarse.

Entre otras desventajas encontramos:

- 1.- Retienen gran cantidad de burbujas.
- 2.- Carecen de densidad.
- 3.- Cambian de color en pocos días.

4.- Son porosas.

Por lo tanto, deben ser utilizadas como restauraciones provisionales o transitorias únicamente. En ningún caso se acepta que se usen como restauraciones definitivas.

CAPITULO VI

CONDICIONES QUE REQUIEREN LOS MATERIALES DE LOS PROVISIONALES PARA SU USO, ELABORACIÓN Y COLOCACIÓN

Resulta de gran importancia que los acrílicos que se emplean para la fabricación de provisionales, reúnan ciertos requisitos, establecidos acordes a las necesidades que se presentan en una boca ya preparada sin que haya alteración alguna sobre los tejidos y la pulpa dentaria.

Muchos autores han elaborado lo que a su juicio han sido los más importantes requerimientos necesarios para que estos materiales respondan satisfactoriamente en la boca.

Tomando en consideración los datos obtenidos, he tratado de reunir una serie de requerimientos que abarquen a los diferentes autores, colocando su aportación que difiere de los demás, y resaltando las que concuerdan.

Es posible que la colocación de estos requerimientos no vaya de acuerdo a la importancia que éstos requieren, porque difícilmente se les daría más importancia a unos que a otros.

Se enumeró de la manera siguiente:

1.- No debe ser irritante a los tejidos circundantes o gingivales.

Hasta ahora se ha logrado este requerimiento en un grado bastante amplio, pero básicamente para evitar alteración de los tejidos blandos, se debe procurar que el ajuste sea lo mejor posible.

2.- No debe ser irritante a la pulpa dentaria.-

Este es un punto que por la acción del monómero con el que polimeriza, es difícil de lograr.

El acrílico actúa como irritante para la pulpa dentaria, para evitar esto se emplean protectores pulpares como los cementos a base de óxido de zinc y eugenol o bien los decopal.

Los cementos a base de óxido de zinc y eugenol son los más empleados para cementar provisionales.

3.- No debe afectar el diente preparado.-

Al ser elaborada la restauración provisional no debe colocarse muy forzada, evitando marcar demasiado los ángulos, pues cabría la posibilidad de fracturar los márgenes y alterar así las preparaciones.

4.- Deben ser estéticamente presentables y su coloración estable.

Esta exigencia es netamente aplicada en el uso de los provisionales, pues al paciente se le debe ofrecer una apariencia estética entre cita y cita.

Estos materiales nos ofrecen buena estética, por algún tiempo, pero a los pocos meses, en casos de uso prolongado, su color varía, pues los acrílicos absorben los pigmentos como la nicotina, los alimentos, el café, etc.

El cambio de color es bastante perceptible, por lo cual se recomienda hacer dos juegos de provisionales en caso de tratamientos prolongados.

Por lo que respecta a casos de menos de un mes de duración del tratamiento, no es importante la variación que puedan tener el color en el provisional.

Ningún material para la fabricación de provisionales es una excepción en este requerimiento, todos cambian de color en un uso prolongado.

5.- Debe ser resistente.-

Para soportar las fuerzas de masticación y permitir un nivel nutricional adecuado.

6.- Debe demostrar una razonable desviación del uso y la fuerza.-

Las fuerzas al ser aplicadas al momento de la masticación, serían demasiado poderosas para una sola unidad o entidad dentaria, así pues, el provisional que actúa como una unidad, desvía la carga de masticación para reducir y extender la carga de trabajo.

7.- No deben reaccionar adversamente al cemento provisional.

Cuando los acrílicos no han polimerizado totalmente, se recomienda no colocar el cemento, pues el eugenol que contienen evita que las resinas terminen su polimerización. Estos cementos son: Wonder Pack, Tempack y ZnO y Eugenol.

8.- Deben tener capacidad de fabricación fácil y talla do funcional a la forma.-

Los acrílicos como material para restauraciones provisionales, reúnen los requerimientos deseados, pues con una

buena manipulación es posible lograr una rápida fabricación - y un tallado que responde a las necesidades funcionales.

Es de gran importancia que la fabricación del provisional se lleve a cabo por el dentista, pues difícilmente un técnico puede captar la estética del paciente cuando no se tiene contacto con él, por lo tanto el profesional logra rápidamente una forma y función satisfactorias, pues el material nos ayuda grandemente a lograr este propósito.

9.- Debe tener capacidad de ser removido y reinsertado.

Tomando en consideración que los acrílicos cuando su polimerización ha terminado, su dureza y consistencia es suficiente para soportar las fuerzas de la masticación, se sobreentiende que son capaces de removerse y reincertarse sin alterar su forma y su función.

10.- Debe ser fácilmente corregible y alterable.-

Esto mismo es una de las propiedades que los acrílicos tienen y que son aplicadas perfectamente en las restauraciones provisionales.

Se puede corregir con el uso de motores, ya sea reduciéndolo con fresas de fisura o redondas. También es corregible y alterable con el aumento de su volumen, pues se les agregan unas gotas de monómero y se pueden agragar unas gotas de resina acrílica, variando su forma, tamaño, color, etc.

11.- Debe sellar adecuadamente al diente de los fluidos bucales.-

El ajuste que el material de acrílico nos brinda es suficiente para sellar al diente preparado, de los fluidos bucales, claro está que el cemento provisional nos brinda esto,

y aunados, hacen que el paciente no nos refiera presencia de dolor.

12.- Debe ser retentivo y fácilmente removido.-

En este requerimiento implica como un hecho más importante la forma del diente preparado, que debe tener la forma de paredes rectas, esto es en el caso de coronas completas.

13.- Debe ser confortable para el paciente.-

Este requerimiento debe tomarse en cuenta como una necesidad, pues la molestia que el paciente refiera nos hará perder tiempo en su rebase, ajuste, colocación, etc., lo cual irá en detrimento de nuestro trabajo en la consulta. Por lo cual desde la fabricación debe pensarse que los provisionales van a ocupar un lapso de tiempo que puede ser o llegarse a lograr una condición ideal para cuando se colocan las prótesis definitivas.

Por lo cual, la fabricación suficientemente correcta para su elaboración debe ajustarse también como las prótesis definitivas.

Las lesiones que éstas prótesis provisionales pueden lograr son muy grandes, y por esto es importante recalcar que el tiempo que permanecen en la boca puede indicarnos el éxito de las prótesis definitivas.

14.- Debe proteger del shock térmico.-

Los provisionales de acrílico por ser cubiertas totales, esto es en el caso de prótesis, coronas, nos responden satisfactoriamente mientras estén recubriendo las zonas del diente que ha sido preparado.

15. Debe ser posible fabricarse en la hora de la cita.-

Tanto su elaboración y su manipulación, son procedimientos sumamente sencillos con el acrílico autopolimerizable. Como se nombró anteriormente son muchas y muy variables las técnicas empleadas para su fabricación.

16.- No debe ser soluble a los fluidos bucales.-

El acrílico por su consistencia ha demostrado que los fluidos no destruyen ni afectan su resistencia, aunque hay que hacer notar que sí se les adhieren los pigmentos y esto sí afecta su estabilidad de color, fuera de esta situación, no hay disolución de sus elementos.

17.- Debe ser económico.-

En este caso todo Cirujano Dentista procura reducir el costo de su trabajo en laboratorio sin disminuir la calidad del trabajo que será colocado en la boca y realiza la elaboración de provisionales de acrílico en la hora de la cita, procurando lograr una prótesis provisional tan agradable como la prótesis procesada, con menor tiempo y menor costo.

Pero cuando se tiene que colocar esta prótesis por más tiempo (un mes o mas), se recomienda que sean procesadas, pues su dureza, consistencia y estética serán mejores, y aún así el costo no es tan alto para el operador.

Hasta hoy se ha visto que los fabricantes nos han brindado en un amplio grado una respuesta satisfactoria a los requerimientos necesarios para una mejor respuesta en nuestros provisionales.

CAPITULO VII

PRECAUCIONES EN EL USO DE PROVISIONALES.

En los provisionales existen acciones y reacciones de los materiales que se emplean.

El cuidado que se debe tener es importantísimo, pues la condición de los tejidos infliere primordial importancia para nuestro tratamiento.

El Cirujano Dentista debe tener especial cuidado con su manipulación, pues las reacciones físicas de estos materiales tanto como las químicas pueden causar serios problemas.

Se han tomado en consideración los factores necesarios para el tratamiento a base de temporales y se encontraron las siguientes condiciones:

1.- La adaptación más exacta de la férula en el área gingival nos mantendrá buena salud de la gíngiva durante las fases del tratamiento.

Los márgenes ásperos, sobran de plástico y angostas zonas de ajuste, tenderán a provocar una inflamación gingival.

Esto es particularmente cierto cuando temporales mal hechos se mantuvieron por mucho tiempo. Daños similares pueden resultar del fracaso de remover el cemento temporal que ha sido forzado en contra o debajo de la encía libre, durante la colocación de las impresiones temporales.

2.- Los temporales deben tener el contorno correcto, ser suaves y regulares, para que el paciente no sienta que trae material extraño u objetos en la boca.

Esto evitará la posibilidad de que el paciente adquie-
ra malos hábitos, como morderse las mejillas, jugar con la -
lengua, que pueden volverse un hábito con el tiempo, en el ca
so permanente cuando esté terminado y de aquí crear un problema
posterior.

3.- Restauraciones temporales inadecuadas pueden ser -
extremadamente desagradables y pueden ser un factor en perder
la confianza del paciente.

Visitas innecesarias al consultorio con el propósito -
de recementar o reparación del temporal no son buenos para -
el paciente ni para el Cirujano Dentista.

4.- Un temporal que se va a usar por corto tiempo, que
se usará por días o cuando mucho un par de semanas, presenta-
pocos problemas.

El problema resulta cuando hay que mantener la restau-
ración temporal por algunos meses.

5.- Las coronas temporales hechas de acrílico, son li-
mitadas en su servicio por unas semanas cuando mucho.

6.- El uso de cobre dentro del acrílico ayuda en algo,
pero esto no es suficiente para un tratamiento a largo pla--
zo.

En casi todos los casos de este tipo, los temporales--
de oro son requeridos, estando recubiertos por acrílico proceso
sado.

7.- Para provisionales no es necesario tener un juego-
completo de colores, con tener sólo los colores 60, 62 y 65,-

será suficiente, pues éstos nos responden satisfactoriamente en todas las bocas.

8.- Cada cuadrante es hecho como una férula completa, aún cuando la restauración final no sea ferulada.

Hay ciertas razones para esto, porque la oclusión de las restauraciones provisionales será diferente, pero no correcta, si las restauraciones son individuales, los dientes pueden cambiar de posición entre el tiempo en que se toma la impresión y la colocación de los permanentes.

9.- El propósito o uno de los propósitos de la férula, es para prevenir cambios de relación.

En bocas con padecimientos parodontal, problema de articulación temporomandibular o espasmos musculares, el temporal debe construirse articulado en oclusión que se aproxime a la que llevará la restauración permanente.

Han sido tallados, ajustados y montados exactamente como si fueran los permanentes. Sin embargo el caso final no debe llevarse adelante sin estos temporales. Es casi imposible asegurar una perfecta mordida céntrica en estos casos, hasta que los temporales hayan estado en la boca por largo tiempo.

El hecho de que el cambio siempre tiene lugar, es la mejor razón para no completar el permanente, hasta que la articulación no esté estable.

Mientras estos ajustes sean repetidos frecuentemente será necesaria cambiar la preparación, para acomodar los recortes necesarios. Por esta razón ni los moldes de trabajo ni la mordida céntrica se pueden hacer hasta que la boca esté

lista para el trabajo permanente.

Estos temporales son férulas muy definitivas en el tratamiento. En el caso de la articulación temporomandibular, es remontado y ajustado en intervalos cortos hasta que los síntomas se han calmado.

Estos cambios tienen lugar porque mientras la mordida céntrica no es perfecta, al principio es menor de lo que era antes del tratamiento.

Esto permite que haya alivio y produce una mejor relación en la próxima remontura. Así pues, hay progresiva mejora hasta que finalmente se logra una relación estable.

Una mordida céntrica no puede ser forzada en el paciente con problemas parodontales, ni de la articulación temporomandibular.

10.- Un paciente no puede mantenerse largo tiempo con provisionales.

Sólo en pacientes poco comunes hay que hacer dos juegos de provisionales.

11.- Para el paciente promedio la boca se prepara en una cita y algunas veces en dos citas muy cercanas.

El operador no debe intentar finalizar las preparaciones en una cita. Con el uso de alta velocidad y cantidades grandes de agua, las preparaciones estarán cerca de su forma final.

No hay punto en hacer el finalizado en este tiempo, pues un preparado después del remontaje es casi seguro que

será necesario; ya que si se requiere un período más largo, -
deben removerse, limpiarse, recementarse y revisar la oclu- -
sión.

12.- En casos parodontales, curetaje y profilaxis, de-
ben ser realizados primero.

Después de que los temporales son terminados y cementa
dos, cada cuadrante es tratado a través con el removedor tem-
poral, esto permite fácil acceso a toda la superficie de cada
raíz.

13.- Los jackets de acrílico son hechos individualmen-
te y cementados con los dientes totalmente barnizados con un-
protector de cavidades.

Cuando la restauración es construida, un segundo jue-
go es tallado, con la oclusión correcta. Estos son cementa-
dos (provisionales), con el caso permanente y los jackets de-
porcelana son construidos después de que el caso ha sido ter-
minado.

Los temporales de acrílico son usados como modelo al-
tallado del jacket permanente y son dados al paciente como re-
puestos si los de porcelana se rompen.

14.- Las preparaciones de pin-ledge, pueden ser incómo-
das para el paciente y cuando es posible es dejado hasta que-
se hace el resto de las preparaciones

Si el propósito del pin-ledge usualmente es hacer los-
dientes para hacer contacto, todo lo que es necesario, es ha-
cer preparaciones para pines y los márgenes para las restaura-
ciones.

Estos son difíciles de mantener con recubrimiento temporal y se vuelven sensitivos.

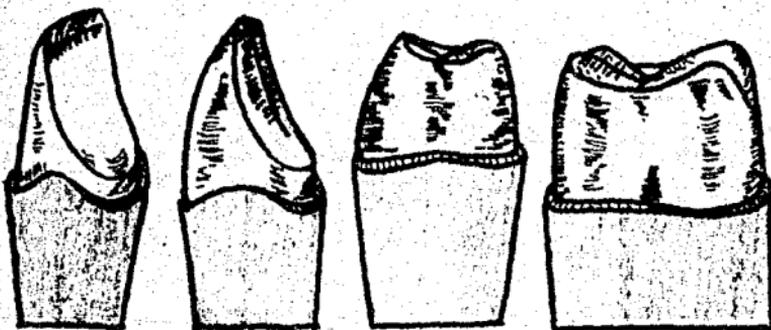
Un temporal para este propósito, puede ser formado, poniendo postes de acero en las cavidades de pines, con retenciones y pintando el acrílico autopolimerizable directamente al diente.

15.- La popularidad de los materiales de resina es obtenida por la baja solubilidad y buenas cualidades estéticas. Y tomando en consideración este punto anotaremos lo siguiente:

Algunas veces la corona o el puente temporal satisfacen las demandas del paciente, hasta tal grado que los dientes permanentes pueden ser no aceptados.

Las cúspides de oro en la restauración, tienen siempre objeción después de que el paciente ha tenido los temporales de acrílico.

El Cirujano Dentista debe explicar con anterioridad estas condiciones antes de comenzar el tratamiento.



Diferentes terminaciones para coronas provisionales.

CAPITULO VIII

OBTURACIONES Y TRATAMIENTOS PROVISIONALES

El tratamiento provisional incluye todos los procedimientos que se emplean durante la preparación de un puente para conservar la salud bucal y las relaciones de los dientes con otros y para proteger los tejidos blandos.

En términos generales, las operaciones provisionales mantienen la estética, la función y las relaciones de los tejidos.

En este capítulo se tratarán como tratamientos provisionales a las obturaciones transitorias, puentes provisionales, dentaduras provisionales y los mantenedores de espacio. Suelen utilizarse también los términos tratamiento temporal, restauración temporal, puentes temporales y dentaduras temporales, es decir, la idea de que el aditamento temporal va a ser substituido por uno permanente. Pero esto no puede aplicarse al medio ambiente, en continuo cambio de la cavidad oral, donde nada puede considerarse como permanente, y donde hay que mantener una vigilancia constante y hacer las adaptaciones que sean necesarias a lo largo de los años.

Por estas razones, el término tratamiento provisional o interino es más completo, porque presupone los cambios que pueden ocurrir con el tiempo y no implica obligaciones con el futuro.

Objetivos.-

Las distintas clases de aditamentos y tratamientos provisionales tienen diversos objetivos que pueden enumerarse de la manera siguiente:

1.- Restaurar o conservar la estética.

2.- Mantener los dientes en sus posiciones y evitar su erupción o inclinación.

3.- Recuperar la función y permitir que el paciente pueda masticar de manera satisfactoria hasta que se construya el puente.

4.- Proteger la dentina y la pulpa dentaria durante la construcción del puente.

5.- Proteger los tejidos gingivales de toda clase de traumatismo.

Obturaciones y aditamentos Provisionales.

Durante el tratamiento provisional para la construcción de puentes se usan diversas restauraciones y aditamentos. Las obturaciones provisionales se utilizan para proteger la dentina y la pulpa del diente una vez concluida la preparación del retenedor y antes de que el puente esté listo para cementarlo. También se hacen para tratar caries en los dientes que van a servir como pilares de puentes, pero cuya preparación no se hará hasta que se haya concluido el tratamiento de otras zonas bucales, cuando es necesario hacerlo como parte del tratamiento general que puede requerir el caso particular.

Las dentaduras removibles provisionales se colocan cuando hay que sustituir dientes perdidos por extracciones, o por traumatismos, con el objeto de conservar la estética y la función, y para evitar que los dientes contiguos se muevan hacia el espacio desdentado, o que aumente la erupción de los antagonistas hasta que se pueda construir una fija.

Los puentes provisionales se hacen con igual propósito que las dentaduras provisionales y en determinadas circunstancias ofrecen mayores ventajas.

Los mantenedores de espacio sirven para impedir que los dientes contiguos o antagonistas al espacio resultante de la extracción de uno o más dientes se muevan o aumenten su erupción; están indicados en aquellos casos en que no es factible la construcción de una dentadura; o de un puente provisional.

A continuación, para cumplir con los objetivos que se nombraron anteriormente, se describen distintas clases de obturaciones y restauraciones provisionales que son:

1.- Obturaciones de Cemento.- En las obturaciones provisionales se usan cementos de fosfato de zinc y cementos del tipo óxido de zinc-eugenol. Ninguno de estos cementos resiste mucho tiempo la acción abrasiva y disolvente a que están sometidos en la boca. Tampoco pueden resistir los efectos de la masticación sin fracturarse. Los cementos se pueden usar con éxito en cavidades pequeñas intracoronaes durante períodos que no excedan de 6 meses, pero nunca se usarán como topes para mantener una oclusión céntrica; solamente pueden ser utilizados en cavidades donde la guía oclusal céntrica caiga en cualquier parte de la superficie oclusal que quede por fuera de la restauración.

Por lo tanto, las restauraciones de cemento sirven en el tratamiento de caries en dientes que después van a servir como pilares en los seis meses subsiguientes, en posiciones que no estén sujetas a las fuerzas de oclusión, o que no queden como guías de oclusión céntrica. Hay que evitar la naturaleza irritativa de los cementos de fosfato de zinc, y en las cavidades profundas es indispensable colocar una base de

material sedante. Los cementos de óxido de zinc-eugenol no tienen acción irritante para la pulpa cuando se colocan en la dentina que cubre el tejido pulpar, no son tan resistentes como los cementos de fosfato de zinc.

Investigaciones resistentes han producido algunos cementos de óxido de zinc-eugenol que ofrecen iguales ventajas que los fosfatos de zinc.

2.- Obturaciones de Amalgama.- Las obturaciones de amalgama se utilizan en el tratamiento de caries en dientes que van a ser pilares de puente en fecha posterior. Son muy recomendables y pueden ser utilizadas en la restauración de guías de oclusión céntrica perdidas. Presentan la ventaja de que duran mucho tiempo en los casos en que por cualquier motivo se retrase la construcción del puente.

Es suficiente la remoción de toda la caries siendo casi siempre innecesaria la extensión para prevención. La extensión en las zonas inmunes se hace cuando se construye el puente. Si se hace la extensión en el momento en que se coloca la amalgama, se corre el peligro de eliminar tejido dentario sano que puede necesitarse posteriormente para la preparación del retenedor.

3.- Coronas Metálicas.- Existe gran variedad de coronas metálicas que se pueden utilizar como restauraciones provisionales, tanto de acero inoxidable, como de aluminio. Las segundas son más fáciles de adaptar, y si se emplean correctamente tienen buena duración. Estas coronas se emplean en las preparaciones para coronas completas y también en las coronas tres cuartos, pueden usarse también en las preparaciones mesooclusodistales (MOD) en la cual se talla la superficie oclusal del diente. Una vez que se le ha dado la forma convenien

te, se procede a cementarla con ZnO y Eugenol. Se comprueban las relaciones oclusales y, si es necesario, se talla la corona con una piedra de carborundo para ajustarla mejor.

4.- Coronas de Resina.- Como se explicó en el capítulo 4, las resinas acrílicas tienen una gran aplicación como restauraciones provisionales, son las que poseen el color más similar al de los dientes, son suficientemente resistentes a la abrasión y muy fáciles de construir. Para ajustarse a las distintas situaciones del Odontólogo, se pueden hacer incrustaciones, coronas y puentes de resina.

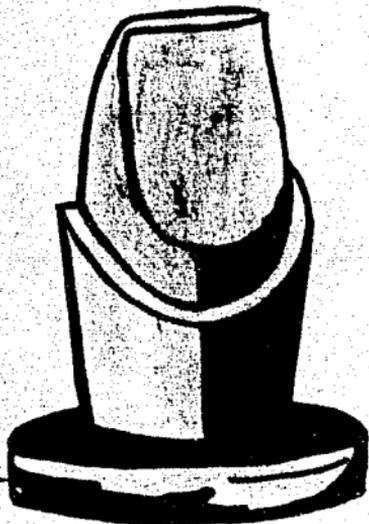
5.- Coronas Prefabricadas de Resina.- Estas coronas están disponibles en un surtido de tamaños tanto para los dientes superiores, como para los inferiores, y están hechas con resina acrílica transparente. Hace algún tiempo, las coronas de este tipo estaban construidas en celuloides y, por ese motivo, aún es corriente que se las denomine formas de coronas de celuloide. Las coronas de celuloides no se pueden rellenar con una resina acrílica al confeccionar una corona porque el monómero ablanda el celuloide. En cambio, con las coronas de resina no hay inconveniente alguno en rellenarlas de acrílico al construir la corona provisional. La técnica a seguir se explicó en el capítulo 4.

6.- Restauraciones Corrientes.- También pueden hacerse restauraciones acrílicas para cada caso individual. (Ver capítulo 4).

7.- Colados Metálicos.- Está indicada cuando hay que utilizar un diente con caries extensa como pilar de puente en el futuro, pero está tan destruido que no se puede hacer un tratamiento provisional con amalgama, se puede emplear un colado metálico como restauración interina. El colado puede ser en aleación de plata pero es preferible el oro porque la-



Corona de Metal Prefabricada para molar inferior.



Preparación y corona terminadas para cementarse.

plata se oscurece mucho en la boca.

Se hace una preparación del diente adecuada a la condición particular del caso, puede ser una corona tres-cuartos, una incrustación MOD o una corona completa. No es necesario lograr al máximo las cualidades retentivas de la restauración sin embargo, no hay que eliminar substancia dentaria que pueda ser necesaria al construir la preparación final. El colado se procesa por cualquiera de las técnicas conocidas y se cementa con ZnO y Eugenol de resistencia apropiada, una vez que se han hecho los procedimientos usuales de adaptación.

8.- Punte Provisional.- El puente provisional se hace generalmente, con resina acrílica y sirve para restablecer la estética, en grado variable la función y para proteger los tejidos del pilar. También conserva la posición de los dientes e impide el desplazamiento de los pilares y la erupción de los dientes opuestos al puente. Puede ser de ayuda en los sitios en donde ha fallado un puente colocado previamente, ya que se puede construir rápidamente y se mantiene hasta que se haga un nuevo puente. Por ejemplo:

Si un paciente se presenta con un puente anterior de tres unidades que reemplaza un incisivo central superior en el cual se ha soltado un retenedor por un golpe que fracturó parte del anclaje, se retira el puente cortando el otro retenedor. Inmediatamente se puede construir un puente de acrílico, con toda rapidez, que puede ser usado hasta que se haga un nuevo puente.

El puente provisional se construye en resina con una técnica similar a las descritas en el capítulo 4. Se toma una impresión del caso en el cual se han reproducido el diente o los dientes faltantes en cera o con carillas de porcelana o de resina que se usarán en el puente. La impresión se



Puente provisional de Acrílico para reemplazar central
y lateral superior derechos.



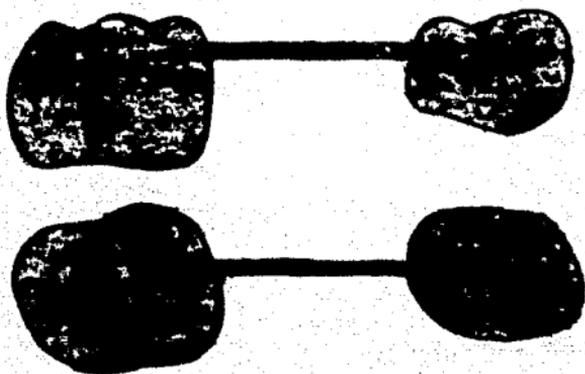
Puente provisional de Acrílico para reemplazar laterales
y centrales superiores.

rellena con resina y se lleva a la boca una vez que se han hecho las preparaciones correspondientes en los dientes pilares. Se retira la impresión antes de que empiece el calor de la polimerización, se deja endurecer la resina fuera de la boca y se separa la impresión. Se recorta el exceso, se alisa, pule y cementa con ZnO y Eugenol.

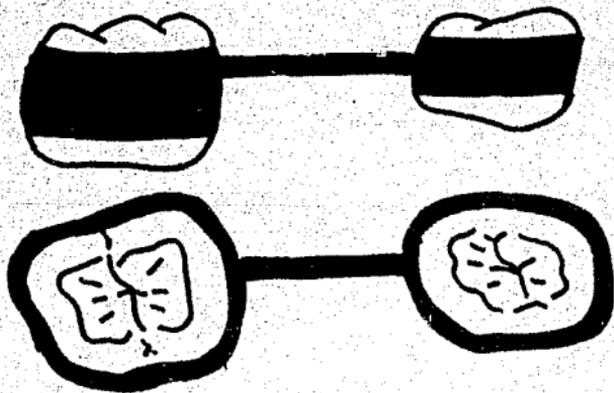
9.- Dentadura Provisional.- La dentadura provisional tiene por objeto reemplazar uno o mas dientes perdidos. Además de conservar la estética, la dentadura sirve como mantenedor de espacio hasta que se pueda hacer un puente. Tiene la ventaja de que se puede hacer antes de la extracción de los dientes y se puede colocar en la misma cita en que se hacen las extracciones; la dentadura cumple así su cometido hasta que se substituye por el puente definitivo.

Es indispensable destacar que las dentaduras provisionales son solamente una parte del plan de tratamiento general, dentro del cual juegan un papel temporal y se deben reemplazar por uno fijo tan pronto como sea posible. No se debe permitir que los pacientes usen estas dentaduras durante periodos prolongados de tiempo. No cumplen los requisitos de una dentadura definitiva y pueden causar daños a los otros dientes y a los tejidos de soporte si se usan durante mucho tiempo.

10.- Mantenedor de Espacio.- Aunque la dentadura provisional sirve de mantenedor de espacio, hay situaciones en que se pierde un diente y es muy difícil construir una dentadura, o se duda que el paciente la use por largo tiempo. En tales casos está indicado un mantenedor de espacio que tiene la ventaja de ser fijo, y no se hace con el propósito de reemplazar el diente perdido, sino únicamente para evitar que los dientes contiguos se inclinen hacia el espacio desdentado y poder conservar el espacio.



Mantenedor de Espacio Fijo compuesto con Corona
y Barra



Mantenedor de Espacio Removible compuesto con Banda
y Barra

CAPITULO IX

CONCLUSIONES

1.- Toda pieza preparada que se va a utilizar como pilar o soporte protético, se debe de proteger con una restauración provisional con los requisitos necesarios para evitar posteriormente un fracaso.

2.- Existen diferentes tipos de provisionales y se utilizarán según las exigencias del caso.

3.- Las resinas acrílicas han sido uno de los materiales dentales que más se han ido adaptando a las demandas para la elaboración de provisionales, contando, por supuesto, con ventajas y desventajas.

4.- Actualmente el material que más se utiliza para la elaboración de provisionales son las resinas acrílicas.

5.- Existen diferentes técnicas para la elaboración de un provisional, las cuales deben ser conocidas por todo Cirujano Dentista, o bien, conocer detalladamente una sola, que le sirva para ser aplicada satisfactoriamente en su consulta, lo cual repercutirá indudablemente en el éxito de sus tratamientos.

6.- Los provisionales reúnen múltiples objetivos:

a).- La conservación de la pieza preparada y su protección pulpar, en casos de piezas móviles actúa como férula provisional fijando las piezas y evitando migraciones que impidan la colocación ulterior de las prótesis definitivas. Esto en cuanto a piezas pilares.

b).- En cuanto a estética: Son corregidos los siguientes casos: Restauraciones perdidas, espacios, dientes que son muy cortos o muy largos, que han rotado, dientes fracturados.

c).- En cuanto a oclusión: Mantienen la correcta relación oclusal, mejoran la masticación y en casos necesarios ayudan a establecer una nueva dimensión vertical.

7.- Cada vez que se vaya a construir una prótesis parcial fija, se evaluará si el parodonto necesita o no de un tratamiento parodontal.

8.- Todas las piezas que forman parte en la construcción de una prótesis parcial fija se harán pensando siempre en la conservación del parodonto.

9.- Los provisionales siempre serán un paso importante entre un tratamiento parodontal y una prótesis parcial fija.

CAPITULO X

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Camani L. A. Altube.
Técnica de Prótesis.
Editorial Mundi.
Buenos Aires, 1960.
Pags: 1-15.
- 2.- Graber T. M.
Ortodoncia, Teoría y Práctica.
Editorial Interamericana.
3a. Edición.
1974
Pags: 609
- 3.- Johnston F. John., Phillips Ralph., Dykema Roland.
Modern Practice in Crown and Bridge Prosthodontics.
W. B. Saunders Co.
1960.
Pags: 28, 32, 34, 35, 66 y 68.
- 4.- Grosman I. Luis.
Práctica Endodóntica.
Editorial Mundi.
7a. Edición.
Buenos Aires, 1973.
Pags: 132.
- 5.- Leo Takov.
The Copper-Band Splint.
Pros. Den. Vol. 6, No. 2.
March, 1956.
Boston, Mass.
Pags: 245-251.

- 6.- Moreyra Bernan Luis E.
Acrílica Autopolimerizable Endobucales.
Editorial Mundi.
Buenos Aires, 1959.
Pags: 123.
- 7.- Myers E. George.
Textbook of Crown and Bridge Prosthodontics.
C. V. Mosby Co.
Barcelona, 1975.
Pags: 205-215.
- 8.- Skinner Eugene W., Phillips Ralph.
La Ciencia de los Materiales Dentales.
Editorial Mundi.
Buenos Aires, 1960.
Pags: Cap. II.