

21 712

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



RECONSTRUCCION DE PIEZAS CON CORONAS COMPLETAS Y PARCIALES GENERALIDADES

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

Hilda Ma. Guadalupe Schroeder Salinas



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E

| | Pág. |
|---|------|
| PROLOGO. | 1 |
| DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO. | 2 |
| HISTORIA CLINICA. | 2 |
| MODELOS DE ESTUDIO. | 4 |
| INSTRUMENTAL. | 5 |
| CORONAS COMPLETAS COMBINADAS. | 7 |
| CORONAS COMPLETAS TOTALES. | 10 |
| INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN CORONAS COMPLETAS, COMBINADAS Y TOTALES. | 12 |
| CORONAS PARCIALES. | 14 |
| ESPIGAS PARALELAS VERTICALES. | 16 |
| ESPIGAS PARALELAS HORIZONTALES. | 17 |
| ESPIGAS HORIZONTALES NO PARALELAS. | 18 |
| CORONA PARCIAL EN DIENTES POSTERIORES CON - RETENCION DE RIELERA. | 20 |
| INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE CORONAS PARCIALES. | 21 |
| DIENTES CON TRATAMIENTO DE CONDUCTOS. | 22 |
| RELACIONES OCLUSALES. | 24 |
| CLASIFICACION DE LOS MATERIALES DE IMPRE- SION. | 25 |

| | |
|--|----|
| RETRACCION GINGIVAL. | 27 |
| TOMA DE IMPRESION PARA DIENTES CON TRATAMIENTO DE CONDUCTOS. | 30 |
| CONCLUSIONES. | 33 |
| BIBLIOGRAFIA. | 35 |

PROLOGO

Las exigencias, cada día en aumento, de una extensa y sólida cultura me han movido a redactar la presente tesis.

Nada nuevo debe buscarse en ella, puesto que me he limitado a escoger lo más notable y moderno que he encontrado en las obras especiales, sobradamente conocidos, por aquellos que a estos estudios se dedican y a ordenarlo y exponerlo del modo que a mi juicio, resulte más comprensible.

En el campo de la Odontología Protésica, en donde es todo tan extenso es imposible describir todo lo que se puede considerar pertinente y necesario.

DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

El plan de tratamiento se puede realizar después de elaborar una historia clínica médica y dental, empleando todos los métodos y técnicas que demande el caso particularmente respaldado de estudio radiográfico, y modelos de estudio.

Antes de hacer la preparación se decidirá cuál es el tipo de corona que corresponde mejor al caso.

Es muy importante explicarle al paciente las razones del tipo de preparación que se le ha escogido para su caso y así poder conseguir su conformidad.

DIAGNOSTICO.

Es la conclusión a que se ha llegado para realizar un correcto tratamiento.

a) HISTORIA CLINICA.

La historia clínica es una recolección de datos necesarios para efectuar el tratamiento y diagnóstico adecuado.

FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre

Dirección

Teléfono

Edad

Ocupación

Estado civil

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Aparato Circulatorio

Aparato digestivo

Aparato respiratorio

Aparato urinario

Sistema nervioso

HISTORIA DENTAL

Higiene dental

Dientes obturados

Dientes con caries

Propensión a la caries

Dientes girovertidos

Dientes con prótesis

Antecedentes protésicos

Movilidad

Oclusión

Articulación temporo-mandibular

Examen y diagnóstico de dientes con tratamiento de -
conductos

Examen y diagnóstico de los modelos de estudio

Estudio radiográfico

Plan de tratamiento

MODELOS DE ESTUDIO.

B) Modelos de estudio.

Los modelos de estudio son un valioso medio de diagnóstico y de gran utilidad para la obtención de las curvas de Spee, Wilson, Monson.

Arco Mandibular y Maxilar

Se toman impresiones completas del maxilar y mandíbula, con el material que más se le facilite al operador, - siendo los más aconsejables los Hicroloides Reversibles e Irreversibles. Sobre estos modelos no es aconsejable hacer desgastes, para evitar alteraciones al modelo.

Se deben obtener duplicaciones para los diversos pasos técnicos.

C) Estudio Radiográfico.

Se deben tomar radiografías periapicales de los - - dientes que nos servirán como dientes pilares, de las zonas desdentadas y de sus antagonistas.

En esta fase del tratamiento las radiografías proporcionan información sobre la altura del hueso alveolar, - la longitud, número y tamaño de las raíces de los dientes y la proporción corona raíz que se considera de acuerdo con - la extensión, del soporte parodontal, restos radiculares y topografía pulpar.

D) Obtención del paralelismo en los modelos de estudio y línea de inserción.

El objeto de obtener el paralelismo en el modelo de

estudio es para saber hasta que zonas se debe desgastar un diente para que exista una línea de entrada de la prótesis y al colocar esta prótesis en la boca las fuerzas de masticación se distribuyan correctamente.

Se obtiene montando el modelo de estudio en el paralelómetro que va a servir para determinar la dirección de los dientes pilares y la línea de inserción de la prótesis.

La dirección del eje mayor de cada pilar se toma en el plano mesio-distal y se marca la base del modelo de estudio. En el plano vestibulo-lingual se sigue un procedimiento similar y con las dos líneas, se obtiene una bisectriz en cada pilar, que nos va a servir para desgastar los dientes quedando paralelos entre sí y con la línea de entrada de la prótesis.

E) INSTRUMENTAL.

Para realizar una buena preparación de corona, es necesario contar con el material adecuado.

Para el desgaste de los dientes, se usan instrumentos cortantes o abrasivos, rotatorios, tales como fresas de diamante, fresas de carburo, de carborundum o piedras y discos de papel o lijas, piedras de arkansas.

Para las terminaciones gingivales se usan las fresas de punta de lápiz como la 250 8P ó 250 7 1/2P y la 250 3M

Cualquier operación de desgaste en la que se utili-

cen piedras o altas velocidades, es indispensable realizarlas bajo lubricación y refrigeración, como son el aire y el agua.

CORONAS COMPLETAS, COMBINADAS.

La corona completa combinada, es una corona completa, vaciada con carilla estética al frente, esta carilla puede ser de porcelana o resina sintética.

Estas coronas se emplean en los dientes anteriores, aunque también se pueden usar en los posteriores.

PREPARACION EN DIENTES ANTERIORES.

Existe poca diferencia entre la preparación de un diente destinado a una corona con frente de porcelana y una con frente de acrílico o resina sintética.

Debe practicarse un hombro gingival en la superficie vestibular y terminarse cervicalmente por lingual con un bisel. Si el material estético es de porcelana fundida directamente sobre la corona y se pretende dejar el borde libre de porcelana, la preparación debe ser un poco más corta en sentido axial y redondeada desde la mitad del vestíbulo hasta palatino, para asegurar espacio suficiente para el material estético.

La preparación más sencilla es una variación de la técnica del Dr. MILLER que se hace con una fresa redonda.

Procedimiento:

Se desgasta el borde incisal, con una fresa de figura de diamante con la turbina de alta velocidad paralela al borde incisal del diente, se desgasta de dos a tres milímetros.

Con una fresa redonda de carburo del número cuatro, se marca en el margen gingival del ángulo mesial a el ángulo distal, esta marca es con el fin de obtener una profundidad controlada. Esta fresa debe ser paralela a la línea de inserción.

Se desvanece rebajando con una fresa larga troncocónica de diamante paralela a la línea de inserción en la cara labial y en la cara lingual con una fresa en forma de llanta o de pan de azúcar, para darle la concavidad de la superficie siguiendo la forma del diente.

Se rebajan las caras proximales con una fresa troncocónica de diamante delgada, siguiendo el contorno del diente.

Se termina la preparación con una fresa de diamante troncocónica de punta roma.

Se biselan y se redondean todos los ángulos.

LA TERMINACION GINGIVAL:

Se hace por abajo del margen gingival. El hombro vestibular se hace con una fresa troncocónica o con una piedra cilíndrica. Este hombro debe llegar hasta el área interproximal, el cual debe tener un mismo espesor de la fresa que se está usando. En lingual se termina en forma de bisel, debe conectar las partes mesiales y distales del hombro, al mismo tiempo que se redondea el ángulo lingual.

OTRA TECNICA DE CORONAS COMBINADAS EN DIENTES ANTERIORES:

Todas las fresas que hacen desgastes deben ser para lelas a la línea de inserción.

Se desgasta el borde incisal con una fresa de dia- mente en forma de rueda de coche, hasta la mitad del tercio incisal.

Se hace una marca de medio milímetro en el centro - de la cara labial, con una fresa de diamante cilíndrica de punta roma, esta marca es con el fin de obtener una profundidad controlada.

Se desgasta la cara labial con la misma fresa con - que se hizo la marca del centro hacia la cara proximal, se - termina de desgastar dejando una inclinación en tercio inci sal en sentido labiolingual, con el fin de mantener la esté tica. Lo mismo se hace en lingual pero en el tercio incisal se desgasta con una fresa en forma de huso siguiendo la ana tomía del diente.

Se desgastan las caras mesial y distal con una fresa troncocónica.

Se termina la preparación con una fresa de diamante troncocónica de punta roma dejando una terminación gingival uniforme.

Se bisela toda la terminación gingival con una fresa de diamante en forma de flama.

También se bisela toda la terminación redondeando - todos los ángulos.

CORONAS COMPLETAS TOTALES.

La corona completa total o corona colada de metal, - es una corona completa de metal sin carilla estética.

Esta corona se puede hacer en todos los dientes, - pero las exigencias estéticas limitan su aplicación en los dientes posteriores.

PREPARACION EN DIENTES POSTERIORES.

Como en los dientes anteriores, la preparación más sencilla a seguir es la de la fresa redonda, que es una variación de la técnica del Dr. MILLER.

Se desgasta la cara oclusal con una fresa de barril, llanta, o de fisura de carburo o de diamante paralelas a las cúspides bucal y lingual. Se desgasta de uno a uno y medio milímetros aproximadamente, siguiendo el contorno de las cúspides.

Con una fresa redonda de carburo del número seis, - paralela a la línea de inserción del diente, se marcan las caras bucal y palatina. Se inicia del ángulo mesial al distal.

PREPARACION EN DIENTES INFERIORES.

En las caras bucal y palatino se hacen uno o dos surcos paralelos a la línea de inserción del diente con una fresa de fisura, estos surcos deben de ser de la misma profundidad que las marcas que se hicieron con la fresa redonda.

Los surcos en la cara lingual se hacen igual que en la cara labial en sentido ocluso gingival.

En la cara bucal cada surco tiene dos direcciones, - uno paralelo a ocluso-gingival y el otro paralelo a ocluso-bucal siguiendo la anatomía del diente.

PREPARACION EN DIENTES SUPERIORES.

En las caras bucal y vestibular los surcos se hacen siguiendo la anatomía del diente paralelos a ocluso-gingival.

Con una fresa larga troncocónica se desvanece el esmalte de la superficie del diente. En los dientes superiores con la fresa apoyada en el surco lingual paralela a - - ocluso-gingival, de mesial a distal hasta que se desvanezca el esmalte de los surcos lingual y vestibular, con la misma fresa en la cara bucal se desvanece el esmalte igual que en vestibular siguiendo la anatomía del diente.

Se termina la preparación por abajo del margen cervical con una fresa larga troncocónica de diamante de punta roma. La terminación es en forma de bisel.

Se biselan y se redondean todos los ángulos de la preparación, con una fresa de flama.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
EN CORONAS COMPLETAS, COMBINADAS Y TOTALES.

INDICACIONES:

- 1.- Cuando un diente tiene una gran destrucción de caries.
- 2.- Cuando han fracasado restauraciones extensas en un diente.
- 3.- Cuando hay un diente decolorado y no se puede remediar por blanqueamiento o por fluorosis dental, también para dientes deformados por anomalías en el desarrollo.
- 4.- Cuando existe abrasión del esmalte.
- 5.- Cuando existen fracturas coronarias.
- 6.- Cuando existe la posición anormal de algún diente y no puede ser corregido por medios ortodónticos.
- 7.- Como diente pilar especialmente si se trata de una prótesis de gran extensión.

CONTRAINDICACIONES:

- 1.- Cuando el diente puede conservar una obturación o una corona parcial.

- 2.- Trastornos parodontales, cuando existe mucha -
movilidad y como consecuencia pérdida de hueso.
- 3.- Dientes con raíz enana.
- 4.- En pacientes jóvenes con dientes libres de ca-
ries y sin alteraciones previas, por la irrita-
ción que se produce a la pulpa, a consecuencia-
de la permeabilidad de los canalículos denta- -
rios.

CORONAS PARCIALES .

Esta clase de coronas se usa en dientes anteriores y posteriores. En los dientes anteriores y en los dientes - posteriores, la preparación puede incluir las caras incisal, mesial y distal.

La retención se consigue por medio de rieleras, cajas proximales y espigas.

En estas coronas la cara labial está intacta y en - buenas condiciones estéticas.

Hay que obtener toda la información acerca del estado del diente en cuanto a caries restauraciones previas, - traumatismos y topografía pulpar. Dependiendo de estas modificaciones, se escogerá la retención que sea apropiada.

PREPARACION DE CORONAS PARCIALES

EN DIENTES ANTERIORES CON RETENCION DE RIELERAS.

La retención de rieleras se usa cuando el diente - tiene poca caries, en dientes pilares o como corona parcial.

Se pueden hacer dos o tres rieleras según el caso. - Se hacen dos rieleras proximales cuando el borde incisal es muy delgado.

PREPARACION:

Se bisela el borde incisal desde el margen vestibular 45° con respecto al eje longitudinal del diente, con ésto se consigue un borde incisal fuerte y el diente queda de suficiente espesor en el borde vestibular para evitar que -

se transparente el oro en la zona incisal del diente, esto se hace con una fresa de diamante troncocónica larga.

Se desvanece la cara lingual con una fresa de ba-rril o de pan de azúcar con la fresa paralela a la línea de inserción del diente igual se hace en las caras proximales.

La rielera incisal se hace en la unión de los tercios medio y lingual del bisel incisal con una fresa de cono invertido pequeño o de lenteja.

Las rieleras proximales empiezan en los extremos proximales de la rielera incisal. Su dirección se establece de acuerdo con la línea de inserción, de la prótesis, esto se hace con una fresa de carburo cilíndrica, la rielera debe terminar en la parte cervical del diente.

La terminación gingival se hace por abajo del margen gingival en forma de bisel, y se hace con una fresa larga troncocónica de diamante.

Se alisan los ángulos y se biselan.

PREPARACION DE CORONAS PARCIALES EN DIENTES ANTERIORES CON RETENCION DE ESPIGAS.

Esta retención se usa casi siempre en dientes sanos, porque destruye muy poco tejido dentinario con una máxima retención. Las espigas pueden ser paralelas o no paralelas, horizontales y verticales.

PREPARACION:

Se desvanece la cara lingual con una fresa de barril, paralela al eje longitudinal del diente, se desgasta sólo esmalte, casi nunca dentina.

La preparación puede incluir las caras proximales, una o las dos, o ninguna.

El ángulo de este corte debe ser amplio, mayor que en las coronas parciales con retención de rieleras, se desgasta con una fresa larga troncocónica de diamante paralela al eje longitudinal del diente. Se desgasta la cresta incisal con la misma fresa, igual que en el cingulo o tubérculo lingual.

ESPIGAS PARALELAS VERTICALES.

Con estas espigas debemos emplear el paralelómetro, para permitir que todas las espigas tengan el mismo patrón de inserción y para poder controlar la fuerza, posición y las palancas en la boca.

Para tener una profundidad calibrada, para que a la hora de estar trabajando no penetremos más, y para obtener-

un soporte que pueda ser controlado, se usan los driles con un tope permitido, por el paralelómetro. El drill, viene siendo una fresa de baja velocidad.

Trataremos de marcar en el diente donde vamos a hacer las espigas, con lápiz, no importa que estemos trabajando en la boca.

Para tener precisión en los cuales la Penetración es muy importante que sea una sola vez en un sólo sentido y tratar de que sea rápidamente obtenida para no modificar las superficies internas.

Se bisela toda la cara lingual y se redondean los ángulos. Las espigas son de tamaño estandar para evitar movimientos o errores por la falta de conocimientos en las dimensiones y profundidades.

ESPIGAS PARALELAS HORIZONTALES.

Cuando trabajamos con este tipo de espigas, siempre tendremos que seguir modelos de transferencia para poder trabajar con ellas, ya que es muy difícil hacer encerados en modelo en boca, esta técnica casi siempre se usa en dientes inferiores.

Se calcula la altura de la cámara pulpar por medio del estudio radiográfico, se desgasta la cara lingual, perforamos el diente en forma paralela con la ayuda del Punto-Structor. Esta perforación la haremos por la cara vestibular, previamente hechas unas muescas para facilitar la penetración de nuestro patrón de inserción.

En la cara lingual por donde sale nuestro drill, se

hace un pequeño nicho que va a facilitar la impresión.

ESPIGAS HORIZONTALES NO PARALELAS.

Esta técnica es recomendable para dientes anteriores inferiores y cuando la pérdida de hueso es muy grande y no dan soporte para usar los dientes en forma individual, entonces se carga la fuerza de masticación a los dientes contiguos que tienen suficiente resistencia para el soporte de dichas fuerzas.

La técnica de MATE ATACHEMENT es una técnica de esta clase de espigas.

El primer paso es localizar por medio radiográfico el tamaño de la cámara pulpar, la altura de los cuernos y el borde incisal de la pulpa.

Una vez localizada la altura del borde incisal hacemos marcas con lápiz en la parte vestibular, para tener la zona de inserción de la perforación, eliminamos las crestas marginales formadas por el cíngulo de tubérculos proximales, palatino y medio vestibular, una vez desgastado esto, llevamos a cabo la perforación del esmalte con una fresa de diamante muy fina y posteriormente perforamos el diente perpendicular al mismo.

Esto se hará con un drill, de acuerdo a las dimensiones exactas.

Colocamos las piezas metálicas para la toma de impresión, que son pernos de una longitud mayor a la necesaria, debido a que deben salir por vestibular y palatino.

PREPARACION DE CORONAS PARCIALES EN DIENTES POSTERIORES.

En dientes posteriores se usan dos clases de retenciones, tanto para las superiores como para las inferiores, una es con retención de caja y la otra es con retención de rielera, pudiendo haber algunas modificaciones debido a caries, fracturas, obturaciones, etc. tratando de conservar la cara vestibular intacta en dientes superiores y conservando la cara lingual en inferiores, para una mayor estética.

PREPARACION DE CORONA PARCIAL EN DIENTES POSTERIORES CON RETENCION DE CAJA

Esta preparación es como la preparación para una -
incrustación mesio-ocluso-distal, con las caras palatina y -
oclusal talladas.

Se desgasta la cara palatina en los superiores y -
vestibular en los inferiores, con una fresa larga de diamante troncocónica, paralela al eje longitudinal del diente. -
A continuación, se desgastan las caras proximales y la cara oclusal con la misma fresa, desgastando lo suficiente para permitir más o menos un milímetro de metal en la restauración.

Se desvanecen las cúspides en superiores o vestibular en inferiores, con la misma fresa.

Se tallan las cajas proximales, estas cajas se hacen con una fresa de carburo cilíndrica, paralela al eje -
longitudinal del diente. Se biselan y se redondean los ángulos y se alisan con un disco de carborundum.

La terminación del margen gingival se hace por abajo del margen cervical, biselando el límite cervical de las cajas proximales y el resto de la preparación en forma de -
bisel.

CORONA PARCIAL EN DIENTES POSTERIORES
CON RETENCION DE RIELERA.

Esta preparación es casi igual a la preparación con retención de cajas proximales que se sustituyen por rieleras proximales, que se conectan en la cara oclusal por otro surco.

Esta preparación se usa cuando hay poca caries, destruyendo menos tejido dentinario con la retención de rielera.

P R E P A R A C I O N :

Se siguen los mismos pasos que en la preparación de la corona parcial con retención de cajas proximales, lo único que lo modifica, es que en lugar de hacer cajas se hacen rieleras proximales, que se tallan con una fresa de carburo cilíndrica, paralela al eje longitudinal del diente, llegando hasta medio milímetro de la línea cervical. El ancho de la rielera puede ser de uno o dos milímetros según el caso.

Las rieleras proximales se unen a la rielera oclusal. Esta rielera oclusal no es necesario que llegue hasta dentina, se puede unir con una fresa pequeña en forma de lenteja y debe ser del mismo que las rieleras proximales.

La terminación se hace por abajo del margen cervical en bisel.

Se bisela y se redondean todos los ángulos con un disco de carborundum.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
DE CORONAS PARCIALES.

INDICACIONES:

- 1.- Cuando la caries ha destruido varias superficies del diente.
- 2.- Cuando preserve la estética de la cara labial o vestibular.
- 3.- Como retenedor de una prótesis.
- 4.- Se destruye menos tejido dentinario.
- 5.- Cuando existe enfermedad parodontal, trae pérdida del soporte y aumento de tamaño de las coronas clínicas.

CONTRAINDICACIONES;

- 1.- No debe hacerse en dientes anteriores cuyas coronas clínicas sean muy cortas. A no ser que se asegure con una retención adicional.
- 2.- En incisivos con las paredes, coronales muy inclinadas.

DIENTES CON TRATAMIENTO DE CONDUCTOS.

En dientes con tratamiento de conductos que su corona clínica está muy destruida debido a caries, fracturas o a traumas de la oclusión, se pondría un poste o retenedor - intracoronal o espiga metálica. Quedando una corona colada con muñón y poste metálico.

Si todavía hay restos de la corona natural conviene conservarlos y se trata como si fuera tejido dentinario - cuando se hace la preparación para el muñón.

Si en la corona clínica la encía cubre los restos - del diente, lo primero es eliminar todo el tejido hipertrofiado con bisturí.

PREPARACION PARA DIENTES CON POSTE METALICO.

Ya terminado y obturado el conducto o conductos, se prosigue con la preparación para el poste metálico.

La fresa larga troncocónica de diamante, la comparamos con el conducto en nuestra radiografía, de tal modo que al introducir la fresa en el conducto, quede obturado solamente una tercera parte de la raíz.

Es aconsejable hacerlo de un sólo intento, para evitar pasarnos o deformar la superficie interna del conducto.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
EN DIENTES CON POSTE METALICO.

INDICACIONES:

- 1.- En dientes desvitalizados
- 2.- Cuando la corona clínica está muy destruida.
- 3.- Reemplaza las coronas de incisivos, caninos, -
premolares y molares.
- 4.- Como anclaje de una prótesis.
- 5.- Como restaurador individual.

CONTRAINDICACIONES:

- 1.- Cuando la raíz no se presta para recibir un pos
te metálico.

RELACIONES OCLUSALES.

La capacidad funcional óptima y la estabilidad de las relaciones oclusales, son los objetivos principales de la odontología restauradora.

Antes de iniciar procedimientos restauradores, se debe determinar si las relaciones oclusales del paciente son adecuadas y merecen ser conservadas en las restauraciones. En caso de que no sean adecuadas, hay que eliminar las interferencias oclusales por medio de un ajuste oclusal antes de los procedimientos restauradores, para poder establecer óptimas relaciones funcionales.

Los modelos de estudio adecuadamente montados en un articulador ajustable constituyen un auxiliar importante en el análisis de las relaciones funcionales oclusales.

El articulador ajustable, reproduce la oclusión céntrica y los movimientos y trayectorias mandibulares.

T O M A D E I M P R E S I O N

Lo primero para realizar una buena impresión, es poser portaimpresiones o cucharillas o cubetas totales o parciales, metálicos o de plástico comerciales o con cubetas o portaimpresiones individuales de acrílico de polimeración rápida, adecuada a cada paciente, capaces de reproducir todos los detalles, la impresión debe ser fiel y exacta.

Luego se elegirá el material que más le acomode al odontólogo.

CLASIFICACION DE LOS MATERIALES DE IMPRESION.

A los materiales de impresión se les clasifica de acuerdo a su consistencia en:

I.- MATERIALES RIGIDOS

- a) Yeso
- b) Pastas Zinquendlicas

II.- MATERIALES SEMIRRIGIDOS

- a) Ceras
- b) Modelinas

III.- MATERIALES ELASTICOS.

- a) Hidrocoloide: Reversible e Irreversible
- b) Elastómeros: Hules Silicón.

También se les puede clasificar tomando en cuenta la manera en que endurecen. Así tenemos materiales que crisis

talizan, que gelan o gelifican y que polimerizan.

Otra manera de clasificar es de acuerdo al tipo de reacción que en ellos se lleva a cabo y que puede ser física o química.

La diferencia entre éstos dos tipos de reacción es que en la reacción física existe una alteración en la forma física del material dada por agentes físicos como el frío y el calor.

Y la reacción química que es aquella en que los materiales o compuestos sufren cambios en la estructura molecular.

A) MATERIALES QUE TRABAJAN BAJO REACCION FISICA.

I.- Ceras

II.- Modelinas

III.- Agar - Agar

B) MATERIALES QUE TRABAJAN BAJO REACCION QUIMICA

I.- Yeso

II.- Pasta Zinquenólica

III.- Hidrocoloides Irreversibles

IV.- Elastómeros

R E T R A C C I O N G I N G I V A L

Para que exista un buen ajuste de las coronas, debe existir una buena impresión fiel, sobre todo en el margen gingival, para eso debe retraerse la encía o el tejido gingival para que el material pueda penetrar con libertad en esa zona.

Para la retracción del tejido gingival, el más efectivo es el método quirúrgico por medio del bisturí eléctrico, pues al mismo tiempo que incide, se van cauterizando los tejidos y se evitan así sangrados abundantes e innecesarios, este método, además tiene la ventaja de dejar formas anatómicas correctas en el área donde se está trabajando. Es de gran ayuda, sobre todo cuando existen bolsas parodontales o presencia de tártaro dentario.

Los métodos químico y mecánico se han ido deshechando poco a poco por sus contraindicaciones. Como en el método químico por medio del hilo desmercerizado, empapado en una solución vaso-constrictor alrededor del diente, se deja cinco minutos hasta que los tejidos absorben la solución prestando una zona izquémica y necrosis de los tejidos.

El mecánico se ha ido también deshechando por ser lento. Consiste en llenar una corona de metal con gutapercha, se lleva al diente y se presiona dejándola 24 horas pasados los cuales, el tejido gingival sufre una retracción mecánica, por la presión que ejerce la corona sobre esta zona.

TECNICA DE DOBLE IMPRESION CON SILICON.

Se prepara la boca del paciente quitando la tensión superficial con una substancia astringente y secando el área por impresionar, se mezcla silicon de cuerpo ligero y se carga en una jeringa que coloca el material en los dientes por impresionar, se mezcla silicon de cuerpo pesado y se lleva a la cucharilla poniéndolo inmediatamente en la boca presionándolo, ya polimerizado se retira la impresión.

TECNICA DE IMPRESION CON ALGINATO.

El alginato es un hidrocoloide irreversible.

Este tipo de material puede ser usado en odontología para la toma de cualquier tipo de impresión, pero no en todos los casos es recomendable, debido a que la exactitud de los detalles no es factor determinante.

Para la preparación del alginato usamos una taza de hule y una espátula metálica, los cuales deben estar perfectamente limpios ya que de lo contrario pudieran ocurrir cambios en los resultados normalmente conocidos, como contaminarse, resultando que el tiempo de la reacción se vea acelerado.

Se colocan en la taza de hule porciones correctas de polvo y agua, con la espátula se empieza a mezclar en forma circular contra la pared de la taza.

Deberá tenerse especial cuidado de evitar la incorporación de aire a la mezcla.

Se seca el área por impresionar, se lleva el material a la carilla, tomando un poco de material que se coloca en los dientes por impresionar, ésto se hace para evitar burbujas, se lleva la cucharilla con el material a la boca, se presiona, ya gelificado se retira de la boca y se lava.

TOMA DE IMPRESION PARA DIENTES CON TRATAMIENTO DE CONDUCTOS.

Esta impresión puede tomarse con el material de -- elección del odontólogo, pero la técnica más sencilla es -- con el silicón de cuerpo pesado, por su fácil manipulación.

Se prepara el silicón de cuerpo pesado ya previamente secado el conducto o conductos, se presiona en la preparación con el fin de que impresione todo el conducto o conductos al rás de la encía. Con el mismo material se puede construir en este momento un muñón con la anatomía respectiva a ese diente.

Ya polimerizado se retira de la boca y se vacía.

PROCEDIMIENTO DE VACIADO.

Se mezcla el yeso en una taza de hule flexible, con una espátula de metal rígida. Primero se coloca el agua y después el yeso, para evitar las burbujas, se espatula la mezcla y al mismo tiempo se utiliza un vibrador mecánico, que nos sirve para la eliminación de burbujas que se encuentran atrapadas a la mezcla.

Se vierte la mezcla de yeso en la impresión, vibrándola siempre y en pequeñas porciones de las partes más profundas a las superficiales.

Se puede bordear toda la periferia de la impresión con cera blanda o con tela adhesiva encajonándola para te--

ner un tamaño uniforme.

La separación del modelo no debe hacerse antes de 30 ó 40 minutos, después de hacer el vaciado, para evitar fracturas y deformaciones en el modelo, el modelo resultante debe ser terso y exacto en todas sus dimensiones y detalles.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONES.

Tanto el Cirujano Dentista como el estudiante de Odontología, debemos de tomar en cuenta al efectuar una Historia Clínica la correcta anatomía externa e interna de las piezas dentarias para poder determinar sobre estos antecedentes que tipo de tratamiento debemos efectuar, desde luego que el éxito de la prótesis residirá en que se lleven a cabo correctamente todos los pasos, desde un buen examen clínico hasta el correcto manejo y aplicación del cemento definitivo de la restauración adecuada.

Hay que tomar en cuenta que se puede lesionar a la encía a las papilas, ligamento parodontal, los márgenes subgingivales con aquellas prótesis mal ajustadas, expondrán más cemento de oxifosfato el cual irritará a la encía, este exceso de cemento se disolverá con la saliva y el espacio que dejará favorecerá la acumulación de depósitos alimenticios; habrá formación de placa bacteriana y producirá muchos trastornos en los tejidos de soporte.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

MAYERS E. GEORGE

TEXTBOOK OF CROWN AND BRIDGE PROSTHOODONTICS
MOSDY COMP 1969

TYLMAN D. STANLEY

THEORY AND PRACTICE OF CROWN AND FIXED PARTIAL
PROSTHOODONTICS
SAINT LOUIS MISSOURI U.S.A. 1970

JOHNSTON J. F. PHILLIPS.

R. W. DYKEMA.

PRACTICA MODERNA DE LA PROTESIS DE CORONAS Y
PUENTES.

GROOSMAN LOUIS I

FORMULAS DENTALES Y AYUDA A LA PRACTICA ODON-
TOLOGICA.
ED. EL DIA. B.A. ARGENTINA.

MOISES DIAMOND

ANATOMIA DENTAL

SKINNER E.W.

CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES.
EDIT. MUNDI, B.A. ARGENTINA 1966.

TESIS "CLASICAS"

PASEO DE LAS FACULTADES 32-D
FRACC. COPILCO UNIVERSIDAD
CIUDAD UNIVERSITARIA 20. D. F.