



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Vo Bo

PROTESIS FIJA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

JUANA HORTENCIA MONDRAGON

ALCANTARA

REGINA SANDOVAL FLORES



México, D. F.

1984



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PROTESIS FIJA

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

NOCIONES GENERALES

1. CONCEPTO DE PROTESIS FIJA
2. ANTECEDENTES HISTORICOS DE PROTESIS FIJA
3. IMPORTANCIA DE LA PROTESIS FIJA

CAPITULO II

1. HISTORIA CLINICA
2. MODELOS DE ESTUDIO
3. ESTUDIO RADIOGRAFICO
4. VALORACION PARODONTAL
5. PLAN DE TRATAMIENTO

CAPITULO III

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LOS PUENTES

1. INDICACIONES GENERALES
2. CONTRAINDICACIONES
3. INDICACIONES LOCALES

CAPITULO IV

TIPOS DE PUENTES

1. FIJO
2. PUENTE REMOVIBLE

CAPITULO V

PONTICO

- 1.COMPARACION QUE EXISTE CON LOS DIENTES NATURALES
- 2.LOS PONTICOS DEBEN DE TENER CIERTOS REQUICITOS
- 3.TIPOS DE PONTICOS

CAPITULO VI

MATERIALES UTILIZADOS PARA LA CONSTRUCCION DE UN PUENTE

- 1.RESINAS ACRILICAS
- 2.PORCELANA
- 3.ORO
- 4.METALES NO PRECIOSOS

CAPITULO VII

MATERIALES DE IMPRESION

- 1.HIDROCOLOIDES
- 2.POLIMEROS

CAPITULO VIII

PROVISIONALES

- 1.REQUISITO PARA EL USO DE LOS PROVISIONALES
- 2.TIPOS DE PROVISIONALES
- 3.PARA OBTENER ESTOS PROVISIONALES SE SIGUEN LOS SIGUIENTES X PASOS
- 4.TECNICA DE ADAPTACION
- 5.DE OBTENCION DIRECTA A INDIRECTA

CAPITULO IX

PRUEBA Y CEMENTADO

- 1.DIFERENTES PRUEBAS DE CEMENTO

2. TECNICA DE CEMENTADO

CAPITULO XI

1. AJUSTE OCLUSAL

2. PROCEDIMIENTO PARA EL AJUSTE OCLUSAL

3. AJUSTE DE LAS INTERFERENCIAS DEL LADO DE EQUILIBRIO O BALANX CE

4. REGLAS PARA EL AJUSTE DE MORDIDA CRUZADA

INTRODUCCION

La Odontología es una de las ciencias de la salud que abarca el estudio de una terapéutica destinada a prevenir el deterioro del aparato dentario y el uso de procedimientos clínicos pertinentes que sirvan al mejoramiento fisiológico del ser humano; uno de los medios de que se sirve para este fin son los aparatos protésicos, los cuales se encargaran de la sustitución de las piezas dentarias, encaminando la rehabilitación a una función tanto fisiológica, anatómica y estética.

El Objetivo de esta tesis es el presentar al estudiante o al dentista mismo, los procedimientos y técnicas protésicas que se realicen en cavidad oral. El dentista tendrá que tomar en cuenta todos los datos referidos por el paciente, y los observados durante la elaboración de la historia clínica para tener plena seguridad de un tratamiento y técnica adecuada, ya que para cada paciente será específico el procedimiento a elegir.

CAPITULO I

I. CONCEPTO DE PROTESIS FIJA

Prótesis: palabra derivada de las raíces griegas, pro, en lugar de, yo coloco.

Definición de prótesis fija. Es el arte de la ciencia de la restauración de un unico diente ó remplazo de uno ó más dientes mediante la instalación de un aparato parcial ó movable, y como lo implica su nombre el puente fijo esta unido a los dientes de soporte y no puede ser retirado para examinarlo ó limpiarlo.

2. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA PROTESIS FIJA

Las primeras piezas de prótesis, son de origen etrusco éstas eran aparatos fijos retenidos por bandas de oro o bien por ligaduras, aunque tenían más parecido con puentes que con placas. En 1728, Fauchard, inventa el diente de nivel, algunos tipos de puentes, así, como la prótesis parcial, tomaba sus medidas, no a través de impresiones, sino mediante calcos en papel.

Las impresiones con cera se realizaban comprimiendo ésta contra los dientes con los dedos, fue Belabarea quien se le ocurrió la idea de las cubetas aconsejando poner en cera una cajuela.

En 1843-1844 A. Dinning toma una impresión con yeso, alcanzando el éxito y la aceptación de los profesionistas y técnicos americanos. De esta forma, van multiplicándose los métodos de impresión, hasta llevar a la perfección de hoy.

Los dientes artificiales desde la antigüedad eran usadas restauraciones protéticas en dientes humanos, de animales o de marfil, sin embargo su progreso a través de muchos siglos ha sido insignificante.

En el siglo XVII, se difundió la técnica de sustituir los dientes hueso o marfil de elefante por el marfil del colmillo del hipopótamo. Fauchard, por su parte, sustituyó los dientes anterior

res por una lámina metálica esmaltada con un color imitación de el diente natural y la, fijaba a la base con el tornillo.

En la segunda mitad del siglo XVIII, la aplicación de diente es artificiales cobra auge. Los más apreciados eran aquellos que se extraían de personas vivas, éstas entre los dieciocho y los cuarenta años, pues se creía que daban por resultado una garantía de juventud y frescura.

Los dientes humanos se ligaban a los dientes vecinos, o se fijaban a las raíces por medio de espiras generalmente de madera también podía fijarse a las bases de hiponótamo, que más tarde serían de oro, mediante espiras de éste mismo material, que se reanchaban por el lado palatino.

Los dientes de porcelana tuvieron su nacimiento en Saint Germain, cerca de París, en el año 1776, cuando un farmacéutico llamado Duchateau, que tenía una dentadura con base de hipopótamo y que por su porosidad absorbía toda clase de vapores de los líquidos que manejaba en su laboratorio, ocasionándole un mal olor permanente de boca, motivo por el cual ideó una dentadura de porcelana, pero que no tenía la perfección deseada, por lo que se le ocurrió al dentista Dubois de Chémant, quien le construyó su dentadura,

Más tarde surgen diferencias sobre la paternidad de este método. Con la revolución Francesa en el año de 1789, Chemant emigra a Inglaterra, donde patenta este invento y colabora en la construcción de los dientes de porcelana en la casa de Claudio Ash, primer mecánico dental de la era moderna.

En 1822, Peale instala la primera fábrica de dientes y Stacilon instala otra en 1825.

3. IMPORTANCIA DE LA PROTESIS FIJA

Reemplaza los dientes ausentes por otros artificiales de una forma semejante a los propios.

Los dientes perdidos deben ser sustituidos tan pronto como sea posible si se quiere mantener la salud bucal a lo largo de

la vida del individuo. Es de gran importancia para el odontólogo como para el paciente ya que el va ha sentir los beneficios, en esto se va llevando los pasos indicados para realizar la prótesis fija no es difícil que el paciente pierda la oclusión ya que los pilares nos dan la correcta guía de diferenciencia y conservar las relaciones de contacto entre los pilares y los dientes vecinos ; y también todas las piezas del arco.

Además la prótesis fija es la que menos dificultades presenta para el cuidado higiénico: la que con mayor aproximación satisface la acostima y la tranquilidad del paciente y el que más se asemeja al mecanismo masticatorio natural que cualquier tipo de prótesis removible.

CAPITULO II

I. HISTORIA CLINICA

Es la recopilación de signos y síntomas que observamos y que el paciente pudiera proporcionarnos. Para llevar a cabo ésta, nos ayudaremos de la palpación, observación, percusión y auscultación.

Primero se preguntará al paciente nombre, sexo, estado civil, dirección, fecha de nacimiento, ocupación, teléfono, etc. Después procederemos a los antecedentes hereditarios y familiares.

Hereditarios y Familiares aquí preguntamos al paciente sobre signo; diabetes, enfermedades hemorrágicas, alergias, padecimientos mentales, observando si es obeso o no.

Personales No patológicos preguntamos sobre la higiene personal, alimentación, desayuno, comida y cena, y que sean suficientes en cantidad y en calidad, ocupaciones anteriores, grado de escolaridad. Si practica algún deporte, si fuma si toma y si ha sido vacunado contra (tétanos, viruela, sarampión, etc.)

Personales Patológicos Aquí preguntamos sobre fiebres eruptivas como es; tuberculosis, paludismo, reumatismo, infecciones, parasitosis intestinal, u otro tipo de enfermedades.

Hemorrágicas como es la epistaxis, hemoptisis, hematemesis, rectorragias, y melenas, Ictericias, diabetes, convulsiones, alergias, sífilis. Si ha sufrido infartos, accidentes vasculares, cerebrales amigdalitis, adenopatias, úlcera hepática.

Intervenciones quirúrgicas transfusiones, número de embarazos, peso de los productos, abortos, alergias de medicamentos, como son antibióticos, anestésicos ó algún otro medicamento.

Padecimiento actual Principales síntomas, evolución, estado actual de los síntomas.

Aparatos y Sistemas;

Aparato Digestivo. Es la devaluación satisfactoria, si existe nauseas vómito, diarreas, estreñimiento, molestias rectales, dolor abdominal, sanerado de heces.

Aparato cardiovascular. Hay disnea de cúbito ó de esfuerzo, edema, dolor precordial, apresión, palpitaciones, cianosis, si existe cefalea, vértigo en los cambios bruscos de presión, epistaxis, du elen las extremidades con el ejercicio.

Aparato respiratorio. Si hay tos con ó sin expectoración, to seduras con o sin dolor torácico, si la expectoración es abundante, escasa, purulenta o sanguinolenta, si existe disnea de esfue rzo, cianosis, también si estos datos se acompañan con fiebre, nér dida de peso ó anorexia.

Aparato génito -Urinario. Si es normal la menstruación, su ri tmo, cantidad, duración, si son normales las características de la orina, si hay ó no ardor al orinar, cantidad de veces y proporció on.

Aparato Endocrino. Poliuria, polidipsia, polifacia, pérdida de peso, si hay diarrea, temblor digital, intolerancia al calor intol erancia al frío, anorexia, diarrea, vómitos, hipotensión, cólicos, do lores óseos.

Hematonovático. Si existe anemia, palidez, palpitaciones, si si existe sangrado normal, epistaxis, gingivorragia, equimosis con traumatismos leves, sangrado prolongado en heridas, tipo de tipo de sangrado y de coagulación,

Nervioso. Son frecuentes los episodios de cefalea, se acom ña de vómitos u otros síntomas son normales la visión, el olfa to, el gusto, la audición, el tacto. Si existen trastornos de la se nsibilidad o de la motividad, disminución de la memoria de la id eación ó de la coordinación.

Estudio Psicológico. Existen conflictos familiares, matrimo niales, económicos o ambientales, apreciación subjetiva del naci ente durante la consulta.

Síntomas Generales. Fiebre, nér dida de peso

Exploración física

Inspección general

Peso

Pulso y tensión arterial

Observaciones. Una vez de haber hecho la historia clínica g eneral, pasaremos al siguiente paso que consistirá en el examen

examen ,bucal llamado intraoral.

Cuando se examina una boca hay que prestar atención a diversos aspectos.En primer lugar,la higiene oral en general,cuanta placa bacteriana existe,el estado periodontal,observar si hay inflamación en algun parte de la mucosa.

Labios.Color,textura,volumen,nivel,sellado,consistencia y forma.

Encia,Color,puntilleo,consistencia,forma,volumen,dolor,san-grado,exudado,posición,profundidad del vestibulo.

Carrillo.Color,textura,consistencia,volumen

Lengua,Color,textura,volumen e inserción del frenillo

Paladar .Color,Textura,volumen,consistencia,forma

Piso de boca.Color,textura,volumen,consistencia

Frenillos.Cortos o largos (vestibulares o linguales)

Ganglios Linfáticos.Volumen,doloroso o infartados,color

Exostosis.Si hay o no formación

Oclusión.Clase I,II,III,borde a borde,mordida cruzada,sobre mordida horizontal,sobremordida vertical,mordida abierta.

Articulación Témpero Mandibular.Desviación,dolor,crepitaciones.

Antecedentes de Tratamientos Dentales.Extracciones,amalgamas,resinas,incrustaciones,tratamientos ortodónticos,endodónticos,protésicos,etc.Por último se le preguntará y observará algún habito y se le anotará.

2.MODELOS DE ESTUDIO

Estos son imprescindibles para ver qué es lo que realmente necesita el paciente ya que en estas se observarán unas fieles reproducciones de las arcadas que ayudarán a fijar la relación de los ejes longitudinales de los presuntos dientes pilares,el ancho de los espacios mesiales y distales,la relación de los dientes antagonistas con los pilares y con los espacios.Desplazamientos dentarios,la cantidad de tejido que hay que eliminar para obtener tallados retentivos y un patrón de incersión compatible.

Así,mismo,podemos observar oíroversiones o movilidades noto

nias en sentido lineal o bucal, mesial y distal y de igual modo podemos analizar la oclusión observando la presencia de puntos de contacto o interferencias en las estructuras laterales. Las discrepancias del plano oclusal se hacen claramente evidentes y de los dientes que sean extruido hacia las zonas y espacios edéntulos, antagonistas se reconocen fácilmente y se puede determinar el grado de corrección que se precisa. Dichos modelos deberán ser montados en un articulador semiajustable y previamente registrados.

3. ESTUDIO RADIOLOGICO

Este estudio ayudará a un diagnóstico y proporcionará la información que junto con la interrogación y modelos de estudio se sacará una valoración correcta en el estudio radiográfico, observaremos y se manifestará la relación corona-raíz, la presencia de bolsas paradontales, la calidad y espesor de la membrana paradontal, zonas apicales, radiolúcidas y radionecas, contorno radicular, la profundidad de caries o reinsidencia de la caries en tratamientos de conductos, sellado de coronas, puentes, incrustaciones, etc. También podemos observar la altura del alveolo, restos radiculares, densidad y cantidad de hueso o cualquier otro tipo de patología.

4. VALORACION PARODONTAL

La valoración no es otra cosa acumulación de todos nuestros estudios previamente hechos, observando el parodonto esté en condiciones adecuadas para soportar los aparatos protésicos y las piezas que servirán de pilar para nuestras prótesis, en las que no deberá existir la mínima movilidad de la inflamación o cualquier otra patología, ya que si se presenta alguna enfermedad paradontal, los dientes implicados tendrán una capacidad reducida.

5. PLAN DE TRATAMIENTO

Un plan de tratamiento amplio solamente se puede establecer después de elaborar una historia clínica médico y dental completa y de revisar los datos de la exploración general de la boca, empleando todos los métodos y técnicas que demande el caso particular. El plan de tratamiento resultante puede caer en una o varias de las siguientes clases; cirugía bucal, periodoncia, odontología conservadora, prótesis de coronas y puentes, y prótesis

de dentadura parcial o completa, aunque en algunos casos se tienen que hacer simultáneamente. En ciertas ocasiones, cuando hay que hacer corona jacket anteriores y puentes posteriores, se termina primero los puentes, y las coronas se hace como parte final de tratamiento. La eliminación de superficies oclusales de varios dientes posteriores en la preparación de pilares para puentes puede producir un incremento de la fuerza ejercida sobre los dientes anteriores, aunque se haya tenido cuidado en el diseño y colocación de restauraciones temporales. Si se hace primero coronas jacket, pueden quedar sometidas a un mayor trauma oclusal durante la construcción del puente y fracturarse.

a. Presentación del plan de tratamiento al paciente,

Es muy importante explicar al paciente el esquema general de los distintos pasos que se deben seguir en la construcción del puente y discutir con él el diseño general del puente y el número de dientes que se van a usar como pilares. Si se trata de un puente anterior, se prueban las carillas montadas en un plato base provisional y se examina la estética del caso en conjunto con el paciente. Las posibles limitaciones en los resultados finales se aceptan y se comprenden con más facilidad y explican claramente antes de hacer el puente. Es bueno dar al paciente alguna orientación sobre el número de visitas que se van a necesitar y la duración aproximada de cada una de ellas. Los pacientes que no han recibido previamente tratamientos grandes de odontología conservadora es probable que no comprendan que para la construcción de los puentes se requiere un período de tiempo adecuado. También se debe dar al paciente información general sobre los puentes fijos y sobre toda la duración aproximada de este tipo de restauraciones protésicas. Hay que hacer entender que un aparato artificial fijo colocado en un medio ambiente viviente y cambiante tendrá que sufrir, por fuerza, cambios que obligarán a efectuar reajustes de vez en cuando. Es muy posible que en el futuro haya que volver hacer el puente para adaptarlo a los cambios bucales que se hayan podido producir. También es probable que se necesite un período de adaptación inmediata después de la inserción del puente, durante el cual el paciente acusa algunas sensaciones molestas ocasionadas por

ferulización de varios dientes unos con otros, después de que estos se han estado acostumbrados siempre a tener movimientos individuales. En los primeros días consecutivos a la colocación del puente, se puede notar respuestas dolorosas a los cambios de temperatura. Hay que tener cuidado en no alarmar al paciente, y en cada caso particular se debe conducir con tacto a este respecto

CAPITULO III

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

1. INDICACIONES GENERALES.

Un diente está cuando se disponga de dientes adecuadamente distribuidos y sanos que sirvan como pilares.

Un diente se considera sano si su estructura ósea de soporte no muestra signos de atrofia, si los tejidos blandos y la membrana periodontal se hallan en condiciones normales; si la pulpa es vital y responde normalmente a los estímulos predefinidos, ó cuando el diente es desvitalizado, el conducto radicular se halla obturado adecuadamente y no hay indicios de la salud mediante un tratamiento.

a. Psicofóricos.

Muchos pacientes no tolerarán una prótesis removible por sentir que no es parte de ellos, pero una prótesis fija, en general es aceptada rápidamente como parte de una dentadura natural.

b. Enfermedad Sistémica

En caso de un paciente con probabilidades de sufrir pérdidas repentinas de conciencia, ó espasmos, como en la epilepsia, cualquier tipo de aparato removible está contraindicado por su temor a su desplazamiento, fractura e inhalación durante un ataque.

Lo ideal es colocar una prótesis fija con este tipo de paciente. De ahí que deba tenerse mucho cuidado con asegurar la provisión de resistencia y retención adecuada. Lo cual no lo hace el removible control sobre la dirección y corrección en forma activa, problemas de mal posición más serios que un aparato removible.

Quando se termina el movimiento ortodóntico, el diente debe mantenerse mediante la contención hasta el momento de insertar la prótesis.

La importancia particular de la prótesis en estos casos es

que permite la ubicación más positiva de los dientes que cualquier otro método.

d. Razones Periodontales

La enfermedad periodontal y gingival se debe eliminar antes de comenzar los procedimientos restauradores por las siguientes razones.

La movilidad dentaria y el dolor que origina la impacción de alimentos en las bolsas periodontales entorpecen la masticación y la función de la prótesis.

La inflamación y la degeneración del periodonto menoscaban la capacidad de los dientes pilares para satisfacer las demandas funcionales de la prótesis.

Las restauraciones confeccionadas para que proporcionen estimulación funcional favorable a un periodonto sano que se convierte en influencias destructivas cuando se superponen a la enfermedad periodontal existente y acortan la vida de los dientes y de la prótesis.

Es frecuente que la enfermedad periodontal la posición de los dientes se modifique. La resolución de la inflamación y la regeneración de las fibras del ligamento periodontal después del tratamiento periodontal hacen que los dientes se muevan nuevamente, por lo general hacia su posición original.

Las prótesis diseñadas antes del tratamiento del periodonto pueden generar tensiones y presiones sobre el periodonto tratado. Las prótesis parciales confeccionadas sobre modelos hechos con impresiones de encía y mucosa desdentada enfermas no tendrán buena adaptación, una vez restablecida la salud periodontal. Al eliminar la inflamación, se altera el contorno de la encía y la mucosa adyacente. La retracción crea espacios por debajo de los puentes fijos y sillas de la prótesis removibles. La acumulación de los alimentos que allí se produce conduce a la inflamación de mucosa y la encía de los dientes pilares.

Para localizar adecuadamente el margen de las restauraciones, es preciso establecer la posición del surco gingival por

mal, antes de tallar el diente. Los márgenes de las restauraciones escondidas por debajo de encía en forma quedarán expuestos cuando la encía inflamada se retraiga después del tratamiento periodontal.

Las metas del tratamiento periodontal no se limita a la eliminación de las bolsas y a la restauración de la salud gingival, sino también a;

La preparación adecuada de la boca para la prótesis consiste en medidas correctoras de los tejidos blandos realizadas como parte del tratamiento periodontal quirúrgico ó como complemento del raspaje y curetaje.

Además de la estética, las finalidades de las prótesis fijas y removibles incluyen el mejoramiento de la eficiencia masticatoria y prevenir la inclinación y extrusión de los dientes, y por ende, la alteración de la oclusión y la impactación de los alimentos. Sin embargo, la finalidad más importante es proporcionar la estimulación funcional esencial para la preservación del periodonto de la dentadura natural remanente.

e. Fonación

El reemplazo de uno ó más dientes por cualquier tipo de prótesis ayuda a la corrección de la fonación siempre el uso de una prótesis removible es cuando existen mayores dificultades para la fonación, para el acostumbramiento. En cambio en prótesis fijas perfectamente ajustadas rara vez provoca alteraciones en la fonación.

f. Función y Estabilidad.

Sin duda la mayor estabilidad de la prótesis al estar fijada positivamente a los dientes pilares constituye un importante beneficio psicológico para el paciente. También le provee una mayor función que la que puede librarse con la mayoría de las prótesis removibles. Hay dos razones principales para esto; 1) su absoluta estabilidad durante la masticación normal; 2) las fuerzas de la oclusión se aplican sobre el periodonto y por tanto sobre el hueso alveolar y el de los maxilares, como lo ha previsto la naturaleza, mientras que con una prótesis removible este objeto no se logra siempre que innata la carga intracoronaria en lugar

ar de hacerlo de modo extracoronario. Con una prótesis mucosoconrada la carga debe ser transmitida al hueso subyacente a través del mucoperiostio, que no está preñado para esta función y tiene poca capacidad para soportar la carga.

2. Contraindicaciones

Un puente está contra indicado 1) cuando el espacio destinado es de toda longitud que la carga suplementaria que se genera en la oclusión de los tramos comprometa la salud de los tejidos de soporte de los dientes que se eligen como pilares; 2) cuando la longitud del tramo, requiere, por causa de su rigidez, una barra de dimensiones tales que haya que reducir forzosamente el área de los nichos, y se produce la sobreprotección del tejido subyacente; 3) cuando una prótesis colocada anteriormente muestra la evidencia de que la membrana mucosa involucrada reacciona desfavorablemente a tales condiciones; 4) cuando en la zona anterior hubo una gran pérdida de proceso alveolar y por lo tanto los dientes artificiales de una prótesis fija serían excesivamente largos y antiestéticos ó cuando sea conveniente restaurar el contorno facial mediante el modelo de una base de prótesis parcial; 5) cuando la prótesis fija ocluya con dientes naturales ó con una prótesis fija únicamente en un extremo en la longitud ó menos de su longitud; y 6) cuando haya alguna duda al respecto a la capacidad de las estructuras de soporte remanente alrededor de los dientes pilares de aceptar cualquier tipo de carga agregada sin apoyo bilateral.

"La prótesis fija está contraindicada en adolescentes cuando los dientes no ocluyen todavía o cuando las pulpas son muy amplias, lo cual impide desvastes adecuados. Cuando un puente se construye en estas últimas circunstancias, se considera como provisional y será remplazado cuando el paciente tenga más edad y las pulpas hayan disminuido de tamaño. Entonces se desvastarán los dientes para una prótesis fija.

En pacientes ancianos la prótesis fija está indicada cuando se compruebe la falta de resistencia de la membrana perio

dental, y cuando por abrasión, se hayan ensanchado las caras oclusales y por ello se hayan aumentado las fuerzas que habrá de absorber la delgada o gruesa membrana periodontal y el rígido proceso alveolar".

3. INDICACIONES LOCALES

A) Dientes adecuados como pilares que requieren restauración.

Los dientes seleccionados como pilares deben estar ubicados correctamente de modo que las fuerzas oclusales funcionales y parafuncionales se distribuyan en la dirección axial de la piexa dental sin provocar traumatismo.

El diente que servirá como pilar tendrá corona suficiente como para retener la restauración y permitir una línea de terminación sobre tejido dentario sano. Por lo consiguiente, la corona debe estar casi libre de caries, atrición, eroción y abrasión o bien restaurable. Lo ideal es que la pulpa de un diente elegido como pilar sea vital y sana. Sin embargo, los dientes desvitalizados con correctas obturaciones de sus conductos a menudo han servido con acierto como pilares como estos dientes se vuelven frágiles son reforzados por lo común con un perno mullon.

Una zona adecuada de encía adherida no inflamada debe rodear naturalmente el pilar que se intente utilizar y de no ser así, se le debe proveer.

Es fundamental que los dientes pilares tengan una unión máxima, entre la raíz y el hueso alveolar que lo soporta por medio de un ligamento periodontal intacto. Los pilares deben estar soportados por raíces grandes y bien formadas que representan por lo menos la mitad de la longitud total del diente.

El aparato de inserción debe rodear simétricamente una superficie de adherencia igual a la superficie periodontal del diente o dientes que se han de remplazar.

La cantidad de pilares igualará el número de ponticos a usar.

Si los dientes de soporte sufrieron pérdidas importantes en el ligamento periodontal se aumentará la cantidad de pilares

Los pilares múltiples deben también elejirse cuando el espacio protético es mayor de tres unidades u estos poseen un soporte dudoso. Debido a su tamaño y a su posición funcional estratégica, los caninos superiores se reemplazarán utilizando numerosos pilares en los incisivos y premolares. La prótesis fija debe tener un soporte correcto en ambos extremos y su configuración ser tan recta como sea factible entre un pilar y el otro.

CAPITULO IV

TIPOS DE PUENTES

I. Fijo

En un puente siempre hay dos retenedores uno en cada extremo del puente, con la pieza intermedia uniendo entre los dos. El retenedor de un puente es una restauración que asegura el puente de un diente de anclaje. Muchas clases de restauraciones que se utilizan en el tratamiento de caries ó de las lesiones traumáticas de los dientes individuales, se emplean con retenedores de puentes. Sin embargo, se aplican estas restauraciones como retenedores de puentes, y hay que prestar atención especial a las cualidades retentivas de las preparaciones porque las fuerzas desolazantes que trasmite el puente a los retenedores son mayores que los que caen sobre la restauración individual. La pieza intermedia, unida a los retenedores, actúa en forma de palanca y se magnifican (engrandecen) las fuerzas de la oclusión que se transmiten a los retenedores y a los dientes de soporte. Un retenedor de un puente que se afloje trae como consecuencias más serias que las de una restauración individual porque puede caerse todo el puente y alterar la preparación del diente pilar, teniendo que rehacer de nuevo casi toda la prótesis. La retención es, por lo tanto, uno de los requisitos importantes que debe cumplir un retenedor de puente, pero también hay otras consideraciones que deben tenerse en cuenta, algunas de las cuales son comunes a todas las restauraciones, y sean retenedores de puentes ó restauraciones individuales.

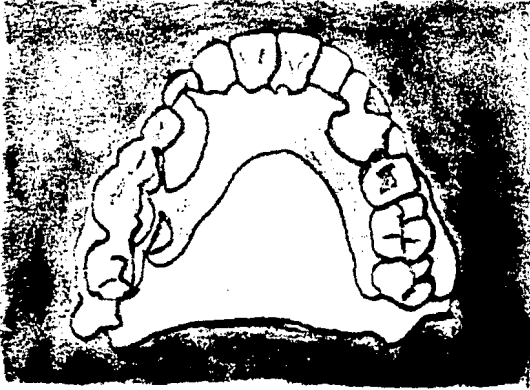
2. PUENTE REMOVIBLE

La prótesis removible que más comúnmente se emplea en la odontología es aquella que se construye con una aleación de cromo cobalto y que, para su fijación en la arcada, se utilizan ranchos sobrenuestrados a la estructuras dentarias. En los dientes a reponer, podrán emplearse diversas formas y materiales. Las características de los diseños que reponen las porciones desdentadas

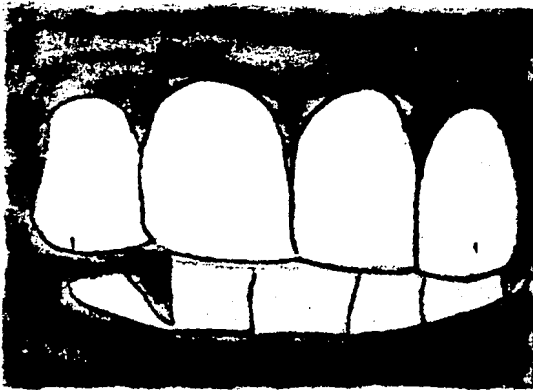
as también variando acuerdo con aquel que las realiza. Si bien la prótesis removibles metálicas con ganchos sobrepuestos en los dientes sin protección alguna son las más utilizadas en la odontología también es, desgraciadamente, una restauración que adolece de bastantes defectos.

Es indispensable preparar la boca para recibir un parcial removible; de ello incluye el parodontio y estructuras de soporte renovible. Está por demás mencionar que una de las características del tejido periodontal blando es que este debe encontrarse libre de lesiones. Debe considerarse apropiado el soporte óseo tanto de espacios desdentados como dentados.

En lo relativo a los dientes destinados a servir de anclaje para los ganchos deberán estudiarse siembre y cuando sean autosuficientes para soportar la carga de trabajo que representa el removible. A veces es necesario unir otras piezas a las seleccionadas para recibir el gancho con el fin de evitar que se dañe el soporte óseo. Sabido es que cuando una pieza dentaria sirve como soporte de un gancho, y por su constitución no posee una raíz suficientemente amplia, y si no esta sostenida por bastante tejido óseo, se acelera la osteólisis hasta el grado de perder el tejido de sostén de la raíz. No solamente se toman dientes vecinos para ayudar a soportar la carga de trabajo de un gancho sino que se ferulizan varios de ellos.



PUENTE REMOVIBLE



PUENTE FIJO.

CAPITULO V

PONTICO

Pieza intermedia ó Póntico. Es aquella que va a sustituir en función, anatomía y estética a la pieza natural perdida. El póntico va unido al retenedor por medio del conector, éstos se clasifican de acuerdo al material con el cual están hechos, las zonas donde van colocados y a la forma de adaptación a la estructura protésica.

1. COMPARACION QUE EXISTE CON LOS DIENTES NATURALES.

Como la pieza intermedia reemplaza al diente natural, es de suponer que se asemeje al diente perdido lo más exactamente posible en su morfología en su relación con los dientes y tejidos contiguos. Sin embargo la pieza intermedia no tiene raíz y no penetra dentro del alvéolo. El propio alveolo a sufrido cambios en su contorno después de la pérdida del diente y que se está sustituyendo.

Para cumplir mejor con los requisitos funcionales, los espacios proximales contiguos al póntico deben quedar más abiertos que la dentición natural y éste no debe tocar el borde alveolar. Este diseño permite acceso para la limpieza de la pieza intermedia y de las superficies proximales de los dientes de anclaje y asegura una buena salud de los tejidos gingivales.

2. LOS PONTICOS DEBEN TENER CIERTOS REQUISITOS

Resistencia. Que no se deformen y que resisten las fuerzas funcionales de la masticación.

Biologicas. Que no permitan empacuetamiento de alimentos.

Los Pónticos pueden estar hechos de :

Acrílico. Retención Física.

Metal Acrílico. Retención Mecánica

Metal Porcelana. Retención física-química

3. TIPOS DE PÓNTICOS

Prefabricados

Elaborados

Pónticos Anteriores.-Del punto de contacto hacia arriba si que una cierta convergencia.

En terminación gingival se deja un espacio de 1 a 1.5mm. al colocar los retenedores no debe haber zonas isquémicas en la mu cosa.

Existen tres tipos de terminaciones gingivales y son:

a. Silla de montar.-Se realiza este tipo de terminación si se tiene una zona alveolar normal se modelará en forma de silla de montar debido a las crestas alveolares.

b. Bala.-Se realiza este tipo de terminación cuando existe gran reabsorción.

c. Media Bala.-Se realiza este tipo de terminación cuando existe una reabsorción muy exagerada.

Conector.-Es el elemento protésico que une al póntico con el retenedor. El conector está hecho de metal, ya sea oro u otro tipo de aleación. También pueden estar hechos de soldadura de alta y baja fusión.

Los conectores se calcifican en :

a. Rígidos o fijos

b. Semi-rígidos o removibles

Conectores Rígidos o Fijos.-Pueden estar hechos unidos en una sola estructura de metal y se utilizan generalmente en protesis de tres a cuatro unidades, o bien pueden ser o estar hechos con soldadura de alta o baja fusión y en este caso la prótesis está seccionada por lo que generalmente son puentes muy extens_

Este tipo de conectores siempre deberán ir colocados en el tercio medio de la corona clínica, esto es por razones fisiológicas y estéticas, ya que un conector colocado más cervicalmente puede ocasionar presión en la papila o bien diastemas en la zona en donde va colocado. Por lo contrario, si se coloca más incisalmente u oclusalmente puede ocasionar divergencia hacia cervical, remitiendo el empujamiento de alimento con consecuencias anterior y desmejora la estética.

Conectores Semi-rígidos o Removibles.—Son también llamados rompefuerzas y esto se refiere a que no se transmiten totalmente las fuerzas de masticación sobre la pieza pilár, sino que se trata de compensar dichas fuerzas aunque el uso de este tipo de conector a la larva puede ocasionar movilidad de las piezas en las cuales esté sostenido. Estos conectores están hechos de metal, pero estructurados en dos partes, un aditamento hembra que generalmente va colocado sobre una corona prefabricada y cementada con la pieza pilár, y un aditamento macho que irá colocado en la estructura ó puente removible.

CAPITULO VI

MATERIALES UTILIZADOS PARA LA CONSTRUCCION DE UN PUENTE

I. RESINAS ACRILICAS

Desde 1946 el gran desarrollo de la industria de los plásticos ha producido una gran variedad de estos con propiedades cada vez mejores aunque generalmente los plásticos acrílicos se han empleado en la construcción de prótesis, férulas, aparatos de ortodoncia, carillas en prótesis, porta impresiones individuales y muchas otras.

En la actualidad el uso de estos materiales se ha extendido y las que pertenecen al grupo de metil metacrilato son las más comunes.

Se compone de un polvo y líquido (siendo el primero el polímero y el segundo el monómero que debe mezclarse dándonos como resultado un plástico duro y cristalino).

Como material para base de dentaduras totales y prótesis parciales han resultado ideales los plásticos desarrollados desde la aparición del poli metacrilato de metilo.

Existen dos formas básicas de polimerización de alcance de del odontólogo:

1. En donde el activador es el calor entonces a la resina se le conoce como termopolimerizable y otra por un medio químico (que reacciona a la temperatura ambiente) conocida como autopolimerizable y cuyo activador es el dimetil-paratoluidina el ácido sulfúrico ó la luz ultravioleta.

Desventajas: Falta de rigidez, coeficiente de variación térmica, desgaste, cambio de color absorción acuosa, irritación gingival.

2. PORCELANA

La construcción de un puente hecho todo en porcelana tiene muchas ventajas. Es bien tolerado por los tejidos blandos, no absorbe agua y estáticamente es excelente, tiene una estabilidad total de color, lo que por lo general le otorga gran ventaja sobre el acrílico. A su vez esta misma estabilidad de color constituiría una desventaja ya que a veces la corona ó el puente de porcelana después de permanecer en la boca 10 o 20 años, puede verse decolorado claro a causa del oscurecimiento de los dientes adyacentes.

Las únicas desventajas del material son: La adaptación de una corona de porcelana es inferior a una de oro y el material es mucho más frágil.

La porcelana dental se forma mediante el mezclado y coacción de minerales, principalmente de feldespato es un silicato doble de aluminio y potasio, se funde a temperatura de coacción normales para las porcelanas dentales y actúa como matriz, al unir los cristales refractarios pequeños y de forma irregular de caolín y cuarzo. Ello hace que la porcelana sea translúcida y vítrea una vez cocida.

Caolín es un silicato de aluminio hidratado que resulta de la descomposición de los minerales feldespáticos. Cuanto mayor es la cantidad de caolín, tanto mayor es la opacidad de la porcelana.

Cuarzo provee dureza y resistencia a la masa durante y después de la cocción. Actúa como esqueleto refractario para el caolín y el feldespato que se contrae.

Además con el agregado de sustancias fundentes y pigmentos como el óxido de aluminio, fundentes que se agregan para aumentar la fluidez de la mezcla y para absorber ó eliminar ciertas impurezas perjudiciales. También se le agregan pigmentos que se usan para colorear la porcelana son óxidos de estaño, níquel, cobalto, titanio, cromo, hierro, oro, platino metálico. La fluorescencia así como el color, son el producto de los pigmentos.

El oro en sus diferentes aleaciones tiene casi todas las propiedades requeridas para una prótesis fija. Los retenedores que se pueden construir con él adaptan a los dientes pilares con exactitud y se les puede dar la necesaria rigidez como para impedir el fracasado del cementado.

No absorbe humedad ni se corroe y no adquiere mal olor con el uso. Es bastante compatible con los tejidos blandos de la boca, aunque provoca un poco más de irritación gingival que la porcelana y una propensión ligeramente mayor a la formación de tartaro.

Sin embargo la desventaja más seria de ese material radica en la imposibilidad de lograr una estética adecuada, que puede ser de poca importancia cuando se reemplaza un molar inferior, el único modo de superar este problema es realizar un frente, sea de acrílico o de porcelana.

4. METALES NO PRECIOSOS.

Casi todo el instrumental que se utiliza en el consultorio se fabrica a base de acero en cualquiera de sus formas.

El acero inoxidable su mayor aplicación la encontramos en la construcción de aparatos ortodónticos e instrumentos.

Otros usos son en la fabricación de coronas temporales, limas y ensanchadores para endodoncia. Estos aceros están constituidos aparte de hierro y carbono, por cromo, níquel y manganeso principalmente.

Este tipo de aceros no se oxidan habitualmente en la boca. Sin embargo pudieran hacerlo por un calentamiento excesivo durante su manipulación, pero el uso de abrasivos o agentes químicos durante su limpieza y aun por mala higiene bucal por tiempo prolongado.

Clasificación.-

Aceros inoxidables para fabricar instrumentos.- Contienen entre el 12 y 15% de cromo, tienen moderada resistencia a la pig-

mentación. Se les conoce como el grupo martensítico.

Aceros de grupos austeníticos.-Son los más usados en boca. Contienen 13% de cromo y 9% de níquel.

Actualmente su uso radica casi únicamente en la construcción de aparatos orales e instrumentos.

Aleación de cromo cobalto son aleaciones usadas principalmente en la fabricación de prótesis parciales removibles (fig. #2)

Composición.-

Los principales elementos son el cromo, el cobalto, y el níquel; aunque ya existen aleaciones sin cobalto, sólo cromo y níquel.

Pueden contener también porciones de carbono molibdeno berilio, tungsteno con el fin de mejorar sus propiedades físicas.

El cromo es responsable de la resistencia a la oxidación y de la inoxidableidad interviene en un 28 # ó 29 como mínimo.

El cobalto aumenta el módulo de elasticidad, la resistencia y la dureza, más que el níquel.

El carbono aumenta la dureza de la aleación, no debe entrar en menos ni en más de 0.2%.

Molibdeno 6% aumenta la resistencia.

Aluminio incluido en aleaciones que contiene níquel, aumenta notablemente la resistencia a la fluencia y resistencia traccional final.

El silice y el magnesio aumenta la fluidez y la facilidad con que se cuejan estas aleaciones.

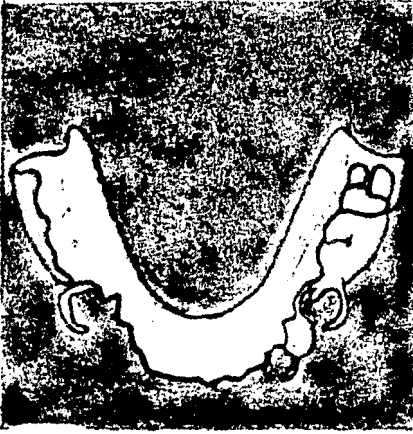


Figure No.

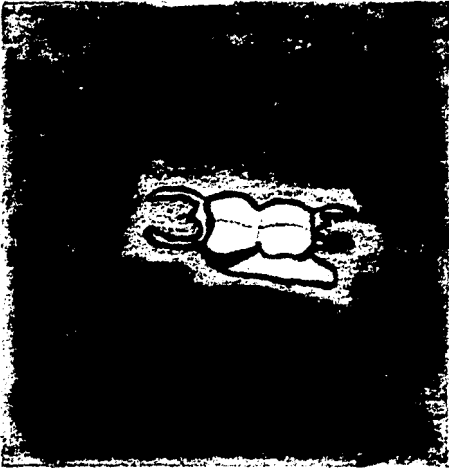


Figure No.

CAPITULO VII

MATERIALES DE IMPRESION

Impresión.-Es el término utilizado en odontología para el registro o reproducción de un área de trabajo dentada o sin dientes (procesos) y cuya copia resulta negativa o a la inversa.

Hay diferentes tipos de materiales de impresión, entre ellos tenemos:

1. Modelina
2. Hidrocoloides
 - a. Reversibles
 - b. Irreversibles
3. Polímeros
 - a. Mules, mercaptanos, caucho, latex
 - b. Siliconas (cuerpo ligero, cuerpo pesado)

Modelina.-Este es un material de impresión y sirve para la obtención de modelos de procesos desdentados, la impresión obtenida es conocida como impresión primaria o preliminar dado a que sus condiciones de manipulación no reproducen fielmente el área de trabajo.

Todas las modelinas son materiales termo plásticos porque sufren una deformación permanente.

La modelina está constituida de cera carnauba, resina de Kauri, 3 ácidos (esteárico, palmítico y oléico) y modificadores o materiales de relleno como el talco y algunos colorantes.

La resina Kauri está compuesta de cera de abeja y como la ca. La diferencia en las modelinas las establece el ácido oléico. A mayor contenido de ácido oléico va a ser menor el punto de reblandecimiento. El ácido esteárico sirve como endurecedor y el ácido palmítico le da las propiedades plásticas a las modelinas.

2. HIDROCOLOIDES

Existen dos grandes grupos que se utilizan en odontología, los hidrocoloides reversibles (gel-sol) y los hidrocoloides irreversibles (sol-gel)

Hidrocoloides Reversibles.—Son coloides obtenidos en una alga marina conocida como agar-agar (gelidium) la cual es deshidratada y pulverizada, mezcla de los siguientes elementos: Borax, tetraborato de sodio, sulfato de magnesio y como material de relleno sustancias inertes o las tierras de diatomeas. El elemento que entra en mayor proporción es el agua, el borax de la fórmula sirve para dar cuerpo, pero a la vez es retardador de la reacción; en consecuencia se le agrega sulfato de magnesio y en proporción de borax y agua para nivelar la reacción. Este se usa para impresión final. Las desventajas son que no impresiona fondo de saco correctamente por las características del porta impresión deforma vuelta muscular.

Hidrocoloides Irreversibles.—En odontología los hidrocoloides irreversibles más usados responden al nombre de alginatos y de estos los más usados son de tipo soluble.

El alginato se obtiene a partir del ácido algínico pero este es insoluble, por consecuencia debe de ser procesado mediante una de sus sales de las cuales las más comunes son el sodio y el potasio. De estas dos sales la más común es la sal sódica anhidra del ácido beta de manurónico, la cual si es soluble y por consecuencia le confiere al alginato propiedades coloidales para ser manipulado del sol (unidad de soluto en polvo) a gel (estado final de una mezcla de alginato).

Un hidrocoloide al gelificar presenta dos fenómenos;

1. Si la cantidad de agua fue exacta presenta pérdida de la misma o exudado de líquidos internos y así mismo dicho gel se contraerá. A este fenómeno se le conoce con el nombre de Sinérisis.

2. El otro fenómeno que presentará si la cantidad de agua no fue la correcta al hacer la mezcla de alginato al estar gelificando ésta y ser sumergida en agua, el gel tomará lo que necesitaba para su normal reacción. A este fenómeno se le conoce como Imbisis ó Ambibición. Con este material podemos obtener impresio

ones primarias como secundarias, aunque también puede ser afectada por la saliva.

3. POLIMERO

Polimerización..-Es el conjunto de reacciones químicas covalentes mediante las cuales una estructura molecular o monómero se une a otra en forma sucesiva hasta formar una macromolécula o polímero. Existen dos tipos de polimerización por condensación y por adición o suma. Dentro del primer tipo encontramos materiales dentales para impresiones agrupados dentro del término genérico de elastómeros, durante el segundo tipo o adición encontramos las resinas dentales.

Hules, mercaptanos, caucho latex..-Se les llama polímeros de caucho porque en su fórmula lo incluyen y así mismo el término de hules por sus propiedades similares en elasticidad y plasticidad de dichos componentes. La presentación dental de este material es de dos tubos colapsables que contienen:

a) Tubo: Base ó polímero sulfurado (líquido), óxido de zinc y sulfato de calcio.

b) Reactor, peróxido de plomo y azufre (polvos a los cuales se les añade ácido estéarico (líquidos plastificantes).

El color de la pasta de este tubo es pardo oscuro o negro y se recomienda al manipularlo evitar contacto con telas ó prendas, ya que produce mancha. Los hules mercaptanos logran su máxima nitidez o calidad de impresión siendo centrado relativamente delgado. La característica de estos hules es que son elásticos, se pueden utilizar en impresiones bucales, también se afecta con los fluidos bucales por lo que se debe de secar el área de impresión.

Siliconas..-Son sustancias orgánicas en las cuales el carbono ó parte de él es sustituido por un derivado del silicio normalmente bajo la forma de un polisilicato.

Existen en odontología dos tipos de siliconas:

a. Siliconas de cuerpo pesado ó en pasta

b. Siliconas normales de cuerpo ligero ó en crema

La silicona natural o fuente de obtención de ambas siliconas es un diórgano poliziloxano llamado polidimetilziloxano, en la cual se calienta con peróxido benzilo, se obtiene el polímero de silicona que va a ser empleada para producir los dos tipos de siliconas dentales y un subproducto que es el ácido benzóico.

Siliconas de cuerpo pesado.-Estas se diferencian de las de cuerpo ligero o crema de silicona en la viscosidad ó fluidez que se presentan, los polímeros de la base o silicona propiamente dicho (polidimetilziloxona y polisilicato de etilo) y por la otra parte la viscosidad del reactor u octoalato o carrilato de estaño.

La silicona de cuerpo pesado o en pasta como su nombre lo indica, se presenta para su manipulación en odontología en forma de una pasta, la cual a su vez viene contenida en un bote o en una caja y una medida y se acompaña de un tubo colansable el cual contiene el reactor octoalato o carrilato de estaño en otros casos este tubo substituido por un frasco coteropara de esta manera agregarlo a la silicona en pasta y producir al ser mezclado la reacción mediante la cual se obtendrá una impresión al realizarse la cura en frío o polimerización. En todos casos el reactor tiene agrado un colorante con la finalidad primordial de manipulación, va que dicho reactor al ser incoloro y así mismo al mezclarse con la pasta, quedaría incorporado a éste y haciendo difícil su identificación, quedaría incorporado a éste y haciendo difícil su identificación visual. De esta manera al verificar o espatular la mezcla se observará cómo se va incorporando el reactor coloreado y se evitará al dejar betas, las cuales a su vez significarían una mezcla irregular e inútil. El uso dental de estas siliconas pesada será primordialmente para la obtención de una impresión primaria.

Siliconas de cuerpo ligero.-Esta se presenta en crema y viene en dos tubos colansables, el tubo que contiene polidimetilziloxano y polisilicato de etilo que son líquidos, y un material

de relleno de partículas de sílice con un promedio inferior. A e esto se debe la mayor fluidez de la silicona. El otro tubo conti ene el reactor o capilato de estaño con colorante y un plastif icante no identificado que se presume es ácido oleico. La manin_u lación de este tipo de silicona es similar al de los mercantar_ os o hules a exención de que al iniciar la mezcla se agregará la base al reactor a la inversa de los mercantanos.

CAPITULO VII

PROVICIONALES

Son los aparatos ó la prótesis que en forma temporal utilizaremos durante las diferentes fases de nuestro tratamiento.

Importancias:

- a. Para proteger el órgano pulpar de cualquier agente irritante.
- b. Para proteger los tejidos gingivales de toda clase de traumatismos.
- c. Devuelven la función masticatoria
- d. Para mantener la estética
- e. Como mantenedor de espacio y ferulizador, evitando de esta manera movimientos de los dientes que pueden perjudicar la entrada de los retenedores.

1. REQUISITOS PARA EL USO DE LOS PROVICIONALES

- a. Deben de ser estéticamente presentables y de una coloración estable.
- b. No deben ser irritantes a la pulpa, por lo cual se cementa con óxido de zinc y eugenol.
- c. No deben irritar los tejidos circundantes
- d. No deben dañar al diente preparado
- e. Deben tener resistencia contra las fuerzas funcionales de oclusión
- f. Deben ser de fabricación fácil y tallado funcional a la forma del diente.
- g. Deben ser fácilmente corregibles y alterables. Esto significa que deben de ser reducidos con materiales abrasivos y al agregársele algún tipo de resina, ésta puede adherirse de nuevo a la corona o coronas adicionales adquiriendo el color o la forma adecuada.
- h. No deben reaccionar nocivamente con ningún tipo de cemento dental ya sea temporal o definitivo.

i. Debe tener la capacidad de ser removido y reinstalado s sin altera su forma y su función.

j. Debe ser económico.

k. Debe sellar perfectamente para que el diente no esté expuesto a los fluidos bucales ni a cualquier tipo de irritantes va sean químicos, físicos o eléctricos.

l. Fácil manipulación

11. Forma de cementación interna o provicional.-En la guese hace con oxido de zinc y eugenol. Hay otro tipo de cemento de carboxilato sin ácido fosfórico, pero contiene oxido de zinc y eugenol. Estos carbohidratos no causan irritación.

2. TIPOS DE PROVICIONALES

1. Corona metálica

2. Corona de resina

3. Corona de policarbonato

4. Elaborado por el laboratorio

5. De obtención directa o inmediata

1. La corona metálica.-Ya viene prefabricada y viene de acero cromo o aluminio. Se utiliza como tratamiento provisional individual en las piezas posteriores. Vienen en diferentes tamanos, formas tanto para piezas superiores como inferiores.

2. Corona de Resina.-Estan hechas de resinas acrilicas de color transparente para ser utilizadas en técnicas de rebase con utilización individual. Este tipo de coronas se usan para hientes anteriores y tambien hay para dientes superiores como inferiores.

3. Corona de policarbonato.-Son coronas nrefabricadas, las encontramos para dientes anteriores y algunos bicúspides. Su color varia de acuerdo a la casa comercial que los distribuye su color es standar y varia entre el 62 y 65; se utilizan con restauración provisional individual.

4. Elaborados por el laboratorio.-En aquellos casos donde se requiere un provicional de varias se manda al laboratorio.

3. PARA OBTENER ESTOS PROVISIONALES SE SIGUEN LOS SIGUIENTES PASOS.

a. Antes de realizar las preparaciones se deberán tomar impresiones tanto de las zonas de trabajo como de sus antagonistas y una relación oclusal en cera.

b. Se articulan los modelos una vez articulados se realizan en ellos las preparaciones a utilizar en las piezas pilares y una vez hechas éstas, se remite al laboratorio nuestros modelos (articulados).

c. El laboratorio se encarga de modelar, empujar y enfrascar los provisionales de acuerdo con el color que se le indique. Una vez terminado el pulido se devuelve al consultorio para su adaptación.

4. TÉCNICA DE ADAPTACION

a. Se deberá descascar la cara interna correspondiente a los pilares y esto es con el fin de dar espacio al material de rebace que en la mayoría de los casos es la resina acrílica.

b. Se realizan las preparaciones en la boca del paciente cuidándose más o menos con los hechos en el modelo de estudio.

c. Terminadas las preparaciones se procede a la técnica de rebace terminado, cuidando aislar el campo operatorio, se secan con torundas de algodón las preparaciones.

Probamos que el provisional ajuste a la zona de trabajo y si en este momento se observara algún desajuste debido a que faltó descascar la cara interna del provisional, o la pieza pilares, se procederá a corregir la zona que estorbe.

e. Una vez que haya ajustado el puente, llegando hasta la zona gingival y no interfiriendo con los antagonistas, se procede a rebasar el aparato, para esto se debe aislar el campo operatorio y se secan las preparaciones con torundas de algodón y se coloca vacelina estéril en los pilares y ésta va a servir de aislante y lubricante.

f. Se hace acrílico de polimerización rápida de acuerdo

al color del puente provisional, y cuando tenga consistencia de miráronse llenan las coronas o cofias correspondientes a los pilares.

e. Se lleva a impresionar en la boca del paciente teniendo cuidado de retirar el puente antes de que el acrílico polimerice, específicamente antes de que inicie su reacción.

Es recomendable retirar o volver a colocar una o dos veces el puente para quitar retenciones y conformar la zona de entrada.

h. Se tendrá cuidado de retirar el exceso de acrílico en el primer paso de rebase.

i. Para retirar este acrílico se utiliza una espátula de cemento y se moja con monómero de acrílico.

j. Se deja que el acrílico polimerice fuera de la boca del paciente.

k. Se pulen y se eliminan los excesos y se vuelven a probar en la boca del paciente. Aquí checamos su ajuste principalmente en el sellado de la zona gingival teniendo cuidado de no dejar excedentes en esta zona que puede causar irritación de los tejidos blandos.

l. Se checan los puntos de contactos y puntos de interferencia oclusal en todos los movimientos mandibulares.

m. Se cementa en forma interina ó provisional (óxido de zinc y eugenol). Se debe de controlar la zona isquémica en paladar.

E. DE OBTENCION DIRECTA O INMEDIATA

Nos sirve como reconstrucciones directas o individuales en aquellos casos donde no tenemos provisionales, el cirujano dentista los elabora.

Obtención:

1. Se toma una impresión de la rieza a tratar con material de impresión, de preferencia con silicón de cuerno pesado (ontog

sil)

2. Se procede a realizar la preparación en la boca del paciente.

3. Se toma una impresión terminada dicha preparación, pero generalmente se utiliza un silicón de cuerno liso.

4. Se realiza en la preparación la terminación gingival adecuada y se procede a retraer encía (gingi-retract) para tener mayor sellado en nuestro pilar anivel de cuello o terminación gingival.

5. Se toma otra impresión (optosil) y rectificador (xantopren) para que posteriormente esta impresión nos sirva para mandar a elaborar el puente fijo al laboratorio.

6. Se selecciona acrílico de polimerización rápida y el color de éste dependerá del color de sus dientes.

7. Se coloca acrílico en la preparación tomada antes de realizar la terminación gingival. El acrílico se coloca cuando éste se encuentra en la consistencia de miel.

8. Se coloca en la boca del paciente y cuando empieza a polimerizar se retira de la boca para que termine su reacción fuera de ésta.

9. Se retira excedentes, adaptando el provisional de manera que no vaya a causar isquemia en tejido blando.

10. Se procede a cementar el provisional en forma interina (óxido de zinc y eugenol, etc.) Se retira excedentes del material de cementado.

CAPITULO IX

PRUEBA Y CEMENTADO

Prueba en la boca.-Esa se lleva a cabo opacando las caras oclusales con un disco de goma, se lleva el o corona y se lleva a la boca, es recomendable no anestesiarse al diente pilar para atender a la sensibilidad durante la prueba. Es aconsejable colocar la prótesis en agua tibia previa a su instalación en la boca.

Contactos proximales.-Lo adecuado del contacto proximal se pone en manifiesto por la resistencia del nudo del hilo dental salvo que uno o los dos dientes proximales presenten caras rugosas o cariadas. Por el contrario, si se observa una pequeña superficie brunida o brillante, ésta será eliminada para que pueda darle nudo al hilo dental.

De acuerdo al tamaño.-Se hará mediante la punta del explorador para controlar las posibles sobre extensiones, Después de haber registrado la oclusión con film, se retira nuestro puente ó coronas y se hacen las correcciones. Se examina también mediante exploradores la adaptación o sellado cervical de los anclajes y se tomará radiografía de ala de mordida o perianicales o incluso oclusales.

Ajuste Oclusal.-Este se lleva a cabo mediante film, se descubre la ubicación y extensión de los contactos en relación centrada (o sea llevando el condilo a su parte más posterior dentro de la cavidad glenoidea). Se usará otro color para marcar los movimientos de lateralidad.

Cementado.-El cementado comprende los siguientes factores:

1. Corona o puente limpio
2. Aislamiento del campo operatorio
3. Pilares secos y limpios
4. Colocación de evector de saliva
5. Loseta fría y espátula
6. Suficiente cantidad de polvo y líquido
7. Instrumento para aplicación

8. Tonudas de alodod.
9. Piedras para pulir
10. Vaselina
11. Conas de goma o de hule
12. Anaglos
13. Seda dental

1. DIFERENTES PRUEBAS DE CEMENTOS

<u>Nombre</u>	<u>Composición</u>	
	<u>Polvo</u>	<u>Líquido</u>
Fosfato de zinc	1. Oxido de zinc 2. Oxido de magnesio	1. Ac. ortofosforico 2. Agua
Policarbixilato	1. Oxido de zinc	3. Fosfato de aluminio 4. Fosfato de zinc
(poliacrilato de zinc)	2. Oxido de magnesio	1. Ac. Policarbóxilico 2. Agua
Oxido de zinc	1. Oxido de zinc	1. Eugenol
Eugenol EEA	2. Alúmina	2. Ac. Ortoetoxibenzóico
Oxido de zinc	1. Oxido de zinc	1. Eugenol
Eugenol (Polimex) sin calcinar	2. Resina blanca 3. Zinc, acetato 4. Polimetil-metacrilato	Aceite vegetal
Oxido de zinc	1. Oxido de zinc sin calcinar 2. Resina blanca	1. Eugenol 2. Aceite de olivos
	3. Zinc, acetato	

Silico Fosfato:-Este es una combinación de cemento de fosfato de zinc y cemento de silicato, forma película traslúcida mientras que el fosfato de zinc forma una capa opaca.

2. TECNICA DE CEMENTADO

Previamente habiendo lavado, secado y aislado los pilares donde se va a cementar el puente o coronas, se pondrá en un extremo o de la loseta una cantidad de polvo, y del otro extremo o al centro se le colocará el líquido introduciendo pequeñas cantidades de polvo y líquido y realizando movimientos circulares sobre un extremo de la loseta. El cemento estará listo para su empleo cuando al levantar la espátula se forme una columna y esto se deberá ser llevado a cabo en un tiempo de espatulación de 1.5 a 2 minutos. Se procederá a poner este material en nuestro puente llevándolo a su posición haciendo presión con nuestros dedos y posteriormente se pondrá un rollo de algodón o una varilla de madera en cara oclusal mientras fragua el cemento (de 3 a 5 minutos.)

Esto se hará antes de que haya movimientos de lateralidad u oclusión. Posteriormente se quitarán las torundas y excedentes del cemento con explorador, cuidando que quede perfectamente limpio en zonas proximales y gingivales. Se vuelve a examinar la oclusión y se repulen las zonas ásperas.

CAPITULO X

I. AJUSTE OCLUSAL

El ajuste oclusal ha tenido una historia turbia debido a que se basaba en principios biológicos aceptables. Ejemplo: Si se reduce la altura de un diente que duele al morder, seguramente se encontrará una mejoría transitoria. De igual manera un punto elevado de una restauración de un diente altera el mecanismo neuromuscular y de una forma lóbica se trata de obtener un alivio mediante el tallado de estos puntos altos o elevados. Sin embargo, el tallado ha sido efectuado sin conocimientos ni poner atención a la función total del aparato masticador.

Otras técnicas fueron las propuestas por Ponwill y las de Gysi. La de éste último consistía en oclusión equilibrada en dentaduras artificiales, pero gracias a los actuales conocimientos de la fisiología y la dinámica de la oclusión individual que se caracteriza por variaciones y capacidades adaptativas.

a. Objetivos y Propósitos

La falta de oclusión puede ser corregida mediante el lijado y para mejorar las relaciones funcionales y aumentar la eficacia masticatoria.

Los objetivos y propósitos se pueden agrupar en las siguientes categorías:

1. Mejoramiento de relaciones funcionales, inducción de estímulos, fisiológicos de todo el aparato masticatorio.
2. Eliminación de trauma de oclusión
3. Eliminación de tensión muscular anormal, bruxismo y molestias de dolor asociados.
4. Eliminación de molestias o dolor disfuncionales de la articulación temporomaxilar.
5. Establecimiento de un patrón oclusal óptimo antes de tratamientos restauradores extensos.
6. Reconstrucción de la forma y contorno del diente para mejorar la eficacia masticatoria y proporcionar protección en la

encia.

7. Para ayudar en la estabilización de los resultados ortodónticos.

8. El mejoramiento de las relaciones funcionales de la dentición.

b. Requisitos de una Técnica Aceptable

Se ha recomendado muchas técnicas para el ajuste oclusal y ésta debe de constar de los siguientes requisitos.

1. Eliminación de contactos prematuros e interferencias oclusales. Esta se lleva a cabo en el trayecto entre la relación céntrica y oclusión céntrica y es importante en individuos con manifestaciones de bruxismo.

2. Establecimiento de la eficacia masticatoria óptima. Schuler estableció hace 30 años el procedimiento de ajuste oclusal basándose lógicamente en una consideración combinada de remoción de contactos prematuros o interferencias oclusales funcionales.

3. Establecimiento de Relaciones oclusales estables. Estabilidad incluye varios factores como son: Estabilidad funcional y posicional de los dientes, estabilidad reproducible del eje de bisagra terminal y mantenimiento de un patrón neuromuscular armonioso inalterado para los movimientos funcionales..

4. Dirección de las Fuerzas Oclusales Principales.

Otra condición importante es llevar las fuerzas oclusales hasta el nivel de tolerancia fisiológica de los dientes individuales mediante un ajuste oclusal cuidadosamente planeado.

En un principio bien establecido que las fuerzas axiales son mejor toleradas que las fuerzas laterales, de manera que resulta importante reducir las fuerzas laterales. Sin embargo, las fuerzas laterales son fisiológicas y útiles en una dentición normal. Se debe comprender que la magnitud de las fuerzas laterales no están en proporción con la inclinación de la guía cuspidos o incisiva, puesto que estas fuerzas normalmente están controladas por el mecanismo neuromuscular de tal manera que las fuerzas oclusales deben estar dirigidas hasta donde sea posible en dirección axial.

Es muy importante que no haya impactos tangibles dirigidos en sentido horizontal sobre algún diente cuando el paciente cierra con fuerza en oclusión céntrica.

5. Establecimiento de Patrones Multidireccionales Eficaz

Es indecisa por conveniencia y eficacia masticatoria idéntica en diversas direcciones. Esto significa inclinación cuneada similar y agudeza de corte de la superficie y bilateralmente la eficacia igual depende también de la presencia de unidades funcionales completas en ambos maxilares y de la ausencia de dolor o irritación de alimento.

2. PROCEDIMIENTO PARA EL AJUSTE OCLUSAL

La teoría de ajuste oclusal debe de corresponder hasta donde sea posible con los principios o requisitos anteriormente señalados, como también de contar con una lógica consecutiva de manera que cada uno de los pasos facilite el siguiente:

Objetivos del ajuste en céntrica.-Esta comprende:

1. Eliminación de puntos de contacto prematuros en relación céntrica y en oclusión céntrica.
2. Creación de libertad en céntrica ó céntrica larga, ligeramente anterior a la relación céntrica y con presión uniforme en los dientes posteriores.
3. Eliminación de todo impacto horizontal-lateral en el cierre en céntrica.

Localización de Contactos Prematuros en Relación Céntrica.

Para este paso es importante emplear suficiente tiempo y esfuerzo para determinar exactamente los contactos prematuros. Además marcar el contacto prematuro inicial en relación céntrica así como contactos de sujeción céntrica, se debe buscar las vías de deslizamiento.

Generalmente esto se logra haciendo que el paciente apriete sus dientes desde relación céntrica hasta la oclusión céntrica con un fin entre los dientes para determinar cuáles dientes efectúan contactos oclusales prematuros y emplear fin para precisar qué parte del diente es la que lleva a cabo el contacto pre

maturo como también los sitios donde se efectúan los contactos que interfieren el desplazamiento y localizar los sitios donde ocurren los contactos de sujeción o las conexiones céntricas que son importantes para la estabilidad oclusal.

El cierre del maxilar inferior lo debe de hacer siempre el dentista, ya que el paciente puede cambiar el movimiento muscular y como consecuencia alterarse las relaciones de contacto.

a. Las Normas para el Ajuste en Céntrica

Las variaciones individuales en las relaciones de contacto entre cúsnides y fôsa en la dentición natural hace virtualmente imposible formular reglas infalibles aplicables a todos los casos de contacto oclusal en individuos con intercúsnidiación "normal" sin embargo es posible hacer algunas generalizaciones basadas en una correlación cuidadosa de los requisitos previamente señalados para las técnicas de ajuste oclusal.

Cabe señalar que el dentista deb estar conciente y tener una idea clara de lo que va a acontecer, no solo al diente que va a ser limado, sino a toda la dentición después de efectuar el ajuste.

Una vez encontrados los contactos prematuros en relación céntrica, debe determinarse por observación visual en que dirección guían estos contactos al maxilar durante el cierre total lento hacia oclusión céntrica.

b. Reglas para el Ajuste de Interferencias Protusivas y del lado de Trabajo

Los Objetivos de trabajo son:

1. Proporcionar patrones para contactos de deslizamiento uniformes.
2. Proporcionar guía incisiva y cúsnides similar para los dos lados.
3. Eliminar interferencias y proporcionar guía en el lado de equilibrio (o inactivo).

La ubicación de interferencia protusiva y del lado de trabajo resulta mucho más fáciles que las interferencias en céntrica.

ca, puesto que tanto el film como la cinta dental proporcionar marcas relativamente buenas al frotar los contactos oclusales con la ligera presión.

El ajuste lateral y protusivo debe cubrir debe cubrir todo el espacio dentro de los límites funcionales de los maxilares en las excursiones combinadas, lateral y protusiva, así como las protusivas directas.

La eliminación de las interferencias oclusales en el lado activo de la excursión lateral se debe hacer de acuerdo con la norma de Schuyler. Estas reglas significan rebajar los declives vestibulares-oclusales (declives linguales de las cúspides vestibulares) de los dientes superiores y declives linguo-oclusales (declives vestibulares de las cúspides linguales) de los dientes inferiores.

Este método de tallado mantiene los contactos y la estabilidad oclusal y proporciona máximo contacto funcional alrededor de la céntrica, donde se efectúa la mayor parte de la función masticatoria, al mismo tiempo, el método elimina interferencias y restringe el campo funcional oclusal de los dientes en escaso apoyo peridental.

Se debe prevenir contra el limado o tallado de la cara vestibular de las cúspides vestibulares inferiores de la cara palatina de las cúspides palatinas superiores puesto que se puede poner en peligro tanto la estabilidad oclusal como la función del área donde los contactos funcionales son más importantes.

La interferencia de los dientes anteriores, superiores e inferiores tanto en excursiones laterales o protusivas debe ser corregida rebajando la cara palatina de los incisivos y caninos superior es a largo del canino de la interferencia. El ajuste debe extenderse en sentido incisivo a partir del punto de contacto incisal en excursión lateral o protusiva dejando el propio punto sin alterar.

En algunos casos no existe contención céntrica funcional o contacto entre los dientes anteriores superiores e inferiores, la posición de los dientes se mantiene entonces por medio de hábitos de la lengua o labios o por contactos de excursiones lat

arales o protusivas especialmente en los nacientes con .Sin embargo si estos bordes incisivos o caninos inferiores se rebajan para reducir una sobremordida excesiva o interferencias protusivas, estos dientes generalmente seguirán saliendo hasta alcanzar otra vez sus relaciones incisiva anterior a menos que el paciente desarrolle un hábito lingual indescable o bruxismo y en esa forma mantenga la mordida abierta.

En estética y la diversidad en la posición de los dientes imponen límites muy estrechos a los que puede esperarse del ajuste oclusal, desde el punto de vista de la función, la armonía y comodidad muscular no parece muy importante que tan inclinada pueda ser la guía incisiva o la profundidad de la sobremordida mientras exista libertad para los movimientos laterales incluso con sobremordida invasora en lo cual el ajuste no puede corregir realmente la grave mal oclusión.

Devron.-Una sobremordida marcada con restricción de función protusiva puede provocar un patrón desfavorable, el desgaste oclusal por esta razón se puede establecer un patrón de trasacción combinado la lateral y protusiva con contactos simultáneos funcionales o función de grupo sobre el canino e incisivos centrales y lateral de cada lado. Bajo ninguna circunstancia debe establecerse contacto fuerte en las regiones posteriores durante las excursiones protusivas de contacto.

Por lo tanto, no se debe reducir la guía incisiva para establecer contactos posteriores en el recorrido protusivo funcional. Si existen interferencias en posteriores durante las excursiones protusivas, éstas deben de ser corregidas sobre la superficie vestibulo oclusales (superficies linguales de las céntricas vestibulares) de los dientes superiores y sobre la superficie linguo-oclusales (superficies vestibulares de las céntricas linguales) de los dientes inferiores.

3. AJUSTE DE LAS INTERFERENCIAS DEL LADO DE EQUILIBRIO O BALANCE

Son aquellos que se presentan entre las céntricas de arco superiores e inferiores y sus declives oclusales. Dado que estas

cúsnides mantienen contenciones céntricas y son por lo tanto esenciales para la estabilidad de la posición de los dientes, la eliminación de interferencias tiene que hacerse con gran cuidado, de manera de contar después del ajuste con la mayor (regla principal) contención céntrica diversificada. La regla principal según Schvler se efectúa todo el tallado sólo sobre uno o dos declives o cúsnides que estén interfiriendo.

Es de suma importancia analizar cuidadosamente las posibles consecuencias con respecto a la función oclusal y la estabilidad oclusal antes de decidir si se debe efectuar el tallado sobre las cúsnides linguales (incluyendo declives vestibulares en superior) o sobre las cúsnides vestibulares (incluyendo declives linguales en inferior). Cuando se tiene que sacrificar contenciones céntricas se deberá tomar en cuenta:

1. La tendencia de los dientes a desplazarse o inclinarse después del ajuste.
2. La resultante de las fuerzas en oclusión céntrica en relación con el apoyo periodontal de los dientes.
3. Efectos de las cúsnides o lados de trabajo después del tallado.
4. La posibilidad de conservar parte de las contenciones céntricas. Estas resultan muy importantes en especial para los pacientes con tendencia apretar y rechinar los dientes, puesto que las intensas fuerzas de contacto en el bruxismo inclinarán rápidamente los dientes.

Por lo tanto, si existen puntos de contacto del lado de balance deberán ser eliminados de manera que en los movimientos oclusales vacíos que fuera de contacto más suave que el correspondiente en el lado de trabajo. No se debe intentar rebajar las cúsnides en el lado de trabajo con el único fin de proporcionar contactos en el lado de balance. Una buena manera de comprobar los contactos de balance se hace por medio de cera verde #28 para incrustaciones y se coloca en las superficies oclusales de un lado y se le dice al paciente que mueva el maxilar del lado opuesto de la cera sin llegar a morder en céntrica. La cera no debe ser penetrada completamente, así se observará que los contactos

del lado de balance son tan ligeros como debe ser.

4. REGLAS PARA EL AJUSTE DE MORDIDA CRUZADA

En la mordida cruzada las cúspides vestibulares superiores y las cúspides linguales inferiores actúan como cúspides de apoyo. Un deslizamiento hacia adelante desde la relación céntrica hasta la oclusión céntrica a causa de contactos prematuros en las regiones de premolares y molares, deberá ser ajustada mediante el tallado del declive distal ó disto lingual de las cúspides vestibulares inferiores. Dicho ajuste proporciona una contención de relación céntrica más mesial o vestibular en la fosa central inferior que el contacto anterior en oclusión céntrica.

La "céntrica prolongada o libertad de movimiento" en céntrica (área de oclusión entre oclusión céntrica y relación céntrica), debe estar en un nivel horizontal plano. Si la cúspide lingual inferior efectúa contacto prematuro contra un declive dirigido mesialmente en la fosa central superior y hacia las cúspides palatinas superiores, el tallado debe efectuarse sobre los dientes superiores para proporcionar un asiento estable a la cúspide lingual inferior de apoyo.

Los desplazamientos laterales que corren en forma similar empleando la fosa central para proporcionar asiento en relación céntrica a las cúspides vestibulares superiores y ampliando la fosa central superior para proporcionar asiento a las cúspides inferiores. Si un diente posterior es alto, se desgastará o tallará de acuerdo a la regla de desgaste céntrico como excurción lateral; de otra manera deberá profundizarse a fosa opuesta a la cúspide elevada.

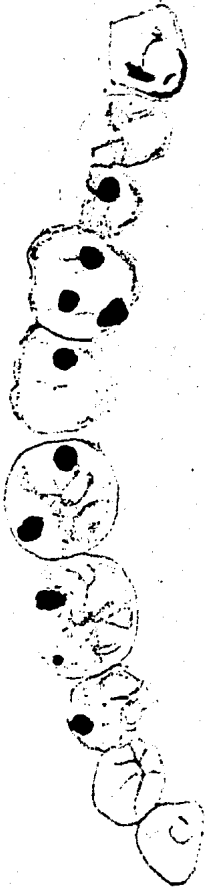
La mordida cruzada anterior de tipo funcional puede ser corregida en ocasiones mediante reposición del maxilar a la relación céntrica, determinada por las articulaciones temporomaxilares.

Esto puede hacer necesario o rebajar no solamente sobre los dientes delanteros, sino en todas las áreas de contacto que participan en el deslizamiento hacia adelante durante todo el pro-

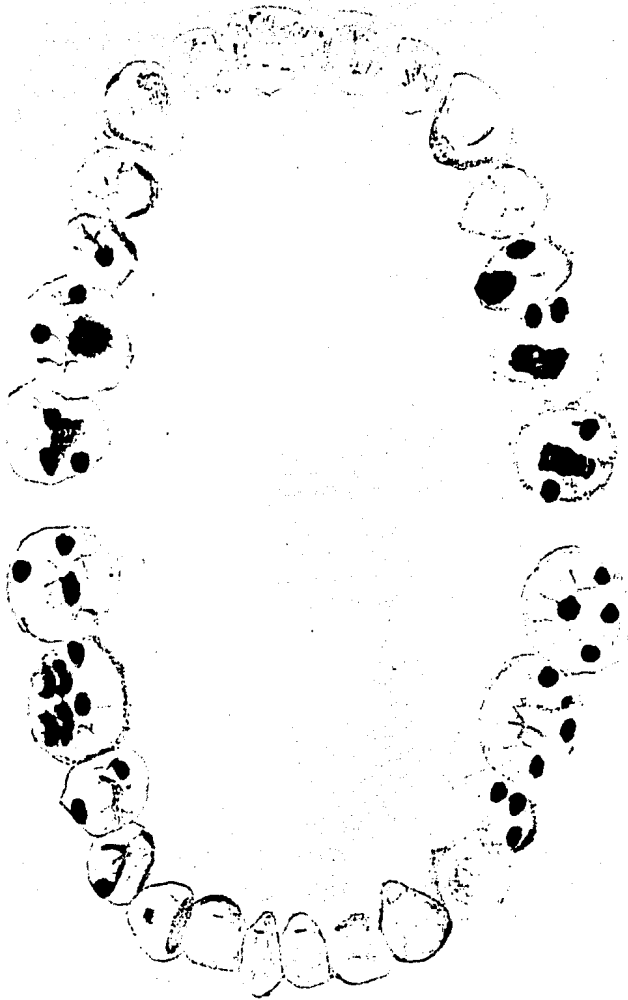
recto hasta la oclusión céntrica asegurándose de que los dientes anteriores inferiores quedan dentro del borde labial de los dientes delanteros superiores.

Con maxilar en relación céntrica después del ajuste. Resulta difícil visualizar directamente en la boca del paciente por eso es recomendable hacer un montaje en un articulador en posición de bisagra estacionario posterior (relación céntrica). Hablando en forma general si los dientes superiores están hacia lingual y los inferiores hacia vestibular las posibilidades de corrección mediante el tallado son buenas. Por el contrario, si el paciente aparte de tener mala oclusión tiene tipo Angle II o sea dientes superiores orientados hacia vestibular y dientes inferiores lingual el tallado aportaría más los bordes cortantes de dichos dientes. La corrección de interferencias del lado de trabajo en mordida cruzada tiene que hacerse sobre el declive lingual de las cúspides vestibulares superiores o sobre el declive vestibular de las cúspides linguales inferiores. Estas cúspides de arco en la mordida cruzada y resultan importantes para la estabilidad. Las interferencias sobre el lado de balance en la mordida cruzada deben ser eliminadas sobre los declives vestibulares de las cúspides palatinas superiores y el declive lingual de las cúspides vestibulares. Una vez terminado, es importante pulir todas las superficies ásperas, ya que pueden actuar como zonas predisponentes al bruxismo.

Nunca debe usarse pasta abrasiva en las fases del ajuste de la dentición si se ha efectuado un desgaste bastante extenso. Causando sensibilidad es recomendable aplicar una solución desensibilizante antes de dar de alta al paciente ya sea fluoruro de sodio al dos por cien ó fluoruro de estaño al ocho por ciento. El paciente debe ser revisado de 4 a 6 semanas después para controlar los resultados.



Eliminación de los contactos prematuros sobre el lado derecho de las arcadas. Las áreas verdes representan contenciones céntricas en la relación céntrica. Las áreas verdes así como las zonas distales en el maxilar superior indican áreas que han sido rebajadas para eliminar contactos prematuros y proporcionar asiento a las cúspides de apoyo que se encuentran al mismo nivel que las contenciones en oclusión céntrica (áreas negras). Las áreas que se han limado son: el declive mesial de la cara vestibular de la cúspide mesiolingual del 2º molar sup. la cara mesiolingual de la cúspide distal y la línea oblicua del 1º molar superior; la cara mesial de la arruga transversal de la cresta marginal distal del 1º molar inferior.



Después de la terminación del tallado. Las áreas negras - indican contenciones en oclusión céntrica; las áreas azules contenciones en relación céntrica; las áreas azules contactos en relaciones de trabajo, y las áreas amarillas las zonas donde se ha eliminado interferencias de balanceo. Mediante desgaste adicional en la relación de trabajo, se ha establecido contacto activo sobre la cúspide vestibular mesial del segundo molar superior (lado derecho del paciente.)

CONCLUSIONES

Con la elaboración de esta tesis tratamos de mostrar la importancia que tiene el cirujano dentista en que conozca los procedimientos adecuados de llevar a cabo la elaboración de una rehabilitación oclusal, parcial o total, teniendo en cuenta que cada paciente es diferente al anterior.

Así mismo tomamos en cuenta que la mayoría de los casos de inflamación gingival son causados por la acumulación de los deechos gravemente infectados de la superficie de la pieza en el borde forrado por el márgen gingival que muchas veces esas consecuencias son provocadas por la mala cementación o ajuste del puente en la boca del paciente. También por la incorrecta higiene que lleva a cabo el paciente, es de gran importancia tanto para el odontólogo como para el paciente que cooperen para tratar de reducir o eliminar todos los factores irritativos.

Debemos tener bien claro que la prótesis fija no es nada mas un tratamiento estético y facial de la persona sino una rehabilitación bucal. Claro para llevar este fin nos apoyamos en las ramas de la odontología (prostodencia, ortodencia, operatoria prótesis, oclusión, endodencia, cirugía.)

El cirujano dentista debido a que se mantiene trabajando continamente sobre los diversos tejidos y estructuras de la boca adquiera conocimientos, experiencia y habilidad que difícilmente se puede adquirir a través de otras ramas médicas.

BIBLIOGRAFIAS

ATLAS DE PROTESIS PARCIAL FIJA

DR. BEAUDREAU

ED. MEDICA PANAMERICANA

BUENOS AIRES 1978

P.P. 560

PROTESIS FIJA

DR. D.H. ROBERTS

ED. MEDICA PANAMERICANA

BUENOS AIRES 1979

P.P. 215

PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES

DR. GOTTLIEB WEST

TOMO III

ED. MUNDI

BUENOS AIRES ARGENTINA

P.P. 445

PRACTICA MODERNA DE PROTESIS CORONAS Y PUENTES

DR. JOHN F. JOHNSTON

ED. MUNDI S.A.I.C Y F.

1a. EDICION

P.P. 685

CIRCULO ODONTOLOGICO

MEXICO D.F. 1982

METODOS CLINICOS EN REHABILITACION BUCAL

DR. RIPOL G CARLOS

ED. INTERAMERICANA

1a. EDICION

MEXICO 1961

PERIODONTOLOGIA CLINICA

DR. IRVING GLICKMAN

CUARTA EDICION

PP. 971

PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES

DR. GEORGE E. MYERS

ED. LAROR S.A

PP. 313

APUNTES DE PROTESIS FIJA

CD. JORGE BOLIVAR RICHAUD

FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.N.A.M.

OCLUCION NUCLEO I

2a EDICION 1980

FACULTAD DE ODONTOLOGIA S.UA.

U.N.M.A.

ESTUDIA CON INTERES Y CON ALEGRÍA.

Para que tus estudios sean provechosos, necesitas hacerlo con interés y con alegría. El interés ha de crearte tus necesidades o tu propósito de su-
perarte bien para una existencia útil. La alegría has de sentirla por el solo hecho de que puedes _
dedicarte, sin angustia y sin preocupaciones, a esa preparación que habrá de transformarte en un ser
mejor. Considerate, pues, dichoso, porque tienes aque-
llo de que muchos carecen, una oportunidad de saber
una ocasión de elevarte, un medio de servir y de _
servirte. Pero has de persistir, porque sin esfuerzo
nada llegará a su término, nada es fecundo.