

54
20

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“PROTESIS FIJA”

T E S I S

Que para obtener el título de:

Cirujano Dentista

p r e s e n t a :

Norberto Enrique Castillo Avila



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCIÓN.....	I
CAPÍTULO I. HISTORIA CLÍNICA.....	1
1.1 SU IMPORTANCIA.....	1
1.2 MODELOS DE ESTUDIO Y RX.....	6
1.3 DIAGNÓSTICO.....	10
1.4 PLAN DE TRATAMIENTO.....	11
CAPÍTULO II. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.....	13
2.1 VENTAJAS Y DESVENTAJAS.....	16
CAPÍTULO III. COMPONENTES DE UNA PRÓTESIS FIJA.....	18
3.1 SELECCIÓN DE PIEZAS PILARES.....	22
3.2 CLASIFICACIÓN Y REQUISITOS DE LOS RETENEDORES DE PUENTES.....	24
3.3 PONTICO Y SU DISEÑO.....	28
CAPÍTULO IV. OBJETIVOS DE LOS PROVISIONALES.....	36
CAPÍTULO V. MATERIAL DE IMPRESIÓN (SILICONES).....	43
5.1 TÉCNICA DE IMPRESIÓN.....	44

CAPÍTULO VI. IMPORTANCIA DE LA PRÓTESIS EN LA OCLUSIÓN.....	51
CAPÍTULO VII. PRUEBA DEL PUENTE Y CEMENTACIÓN.....	60
CAPÍTULO VIII. RECOMENDACIONES AL PACIENTE.....	67
CONCLUSIONES.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	78

INTRODUCCIÓN

ACTUALMENTE LA GRAN NECESIDAD DE LA SUSTITUCIÓN -
DE DIENTES PERDIDOS CUALQUIERA QUE HAYA SIDO LA CAUSA Y -
LAS RESTAURACIONES MUY AMPLIAS DE ALGUNOS OTROS ES EL ORI-
GEN PRINCIPAL QUE HA LLEVADO AL CIRUJANO DENTISTA A TOMAR
EN CUENTA LA GRAN IMPORTANCIA DEL DESARROLLO DE UNA BUENA
PRÓTESIS FIJA, EN DONDE LOS ADELANTOS FACILITAN EN GRAN ME
DIDA OBTENER RESULTADOS SATISFACTORIOS CUANDO DESDE EL -
PRINCIPIO SE EJECUTARON CORRECTAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS -
PARA LA ELABORACIÓN DE ÉSTA.

ES IMPORTANTE NO OMITIR NINGÚN DETALLE POR SENCII-
LLO QUE SEA DURANTE EL TRATAMIENTO, YA QUE AL FINAL ÉSTE -
PUEDE ORIGINARNOS PROBLEMAS QUE MÁ S ADELANTE NOS LLEVEN AL
FRACASO DE LA PRÓTESIS.

POR LA MAYOR CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN DEL PACIENTE
Y DE LA PRÓTESIS FIJA A ÉSTE, ESTA SUPERA A LA PRÓTESIS RE
MOVIBLE EN ESTÉTICA, FUNCIONALIDAD Y COMODIDAD. SIENDO -
ASÍ EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN SIEMPRE Y CUANDO EL RESULTA
DO OBTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL PACIENTE -
PERMITA EL TRATAMIENTO.

ES IMPORTANTE TOMAR TAMBIÉN EN CUENTA QUE CUANDO - SE CARECE DE HABILIDAD MANUAL Y CLÍNICA PARA LA ELECCIÓN Y TALLADO DE LOS DIENTES QUE SERVIRÁN DE PILARES O DE AQUÉ - LLOS QUE RECIBIRÁN CORONAS INDIVIDUALES, LEJOS DE REHABILITAR AL PACIENTE SE LE PROVOCARÁN PROBLEMAS INMEDIATOS O MEDIATOS A LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS.

EN BASE A LO ANTES DICHO, ME DECIDÍ A TOMAR COMO - TEMA PARA MI TESIS, UN BOSQUEJO DE LO QUE ES EL DESARROLLO DEL TRATAMIENTO DE PRÓTESIS FIJA EN UNA FORMA GENERAL.

CAPÍTULO I

HISTORIA CLÍNICA

LA IMPORTANCIA PARA EL CIRUJANO DENTISTA EN ELABORAR UNA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE LO MÁS COMPLETA POSIBLE ES DEBIDO A QUE LOS PROBLEMAS ESTADOLÓGICOS ESTÁN EN ÍNTIMA RELACIÓN CON EL FUNCIONAMIENTO GENERAL DEL ORGANISMO. DESDE HACE TIEMPO, SE HIZO NECESARIO EL REALIZAR UN EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE ANTES DE INICIAR CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL, PARA PODER OBTENER EL MEJOR CONOCIMIENTO DEL PACIENTE, ASÍ COMO PARA ESTABLECER A TRAVÉS DE ÉSTE UN DIAGNÓSTICO Y UN PLAN DE TRATAMIENTO A SEGUIR. EN LA ACTUALIDAD ESTE EXAMEN PRELIMINAR DEL PACIENTE SE HA TRANSFORMADO EN REGLA GENERAL PARA TODOS LOS DENTISTAS, TENIENDO EN CUENTA LOS PELIGROS CRECIENTES CON LA ADMINISTRACIÓN DE SEDANTES EFICACES, CITAS PARA TRATAMIENTOS PROLONGADOS Y EL MAYOR NÚMERO DE ENFERMOS DE EDAD AVANZADA QUE ACUDEN AL CONSULTORIO.

1.1. SU IMPORTANCIA

SU IMPORTANCIA RADICA EN QUE A TRAVÉS DE ELLA SE -

PUEDE LLEGAR A ESTABLECER SI NOS ES PERMITIDO COMENZAR INMEDIATAMENTE CON EL TRATAMIENTO O SI ES NECESARIO ESPERAR EN CASO DE QUE EL PACIENTE PRESENTE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD QUE NOS IMPIDA SOMETERLO AL TRATAMIENTO, YA QUE DURANTE LA ELABORACIÓN DE UNA PRÓTESIS FIJA ES INDISPENSABLE ANESTESIAR AL PACIENTE. ADEMÁS NOS BRINDA LOS DATOS COMPLEMENTARIOS QUE NOS LLEVAN A UNA DECISIÓN PRUDENTE ACERCA DEL TIPO DE PRÓTESIS QUE EL PACIENTE PUEDE USAR CON TRANQUILIDAD, BIENESTAR Y COMODIDAD.

LA HISTORIA CLÍNICA SE HACE A BASE DE INTERROGATORIO QUE PUEDE SER DIRECTO O INDIRECTO.

INTERROGATORIO DIRECTO. SE EFECTÚA EN EL MISMO PACIENTE.

INTERROGATORIO INDIRECTO. SE EMPLEA EN EL CASO DE MENORES O INCAPACITADOS.

LOS DATOS MÁS IMPORTANTES SON:

1. ES IMPORTANTE QUE ESTA TENGA LOS DATOS NECESARIOS COMO SON: NOMBRE, EDAD, SEXO, PESO, ESTATURA, ESTADO CIVIL, LUGAR DE NACIMIENTO, LUGAR DE RESIDENCIA Y OCUPACIÓN, ES RECOMENDABLE QUE ESTA FICHA SEA LLENADA POR LA ASISTENTE

DURANTE LA ADMISIÓN DEL PACIENTE.

2. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES: SÍFI - LIS, TUBERCULOSIS, NEOPLASIAS, DIABETES, ARTRITIS, HEMOFI - LIA, ALERGIAS, PADECIMIENTOS MENTALES Y NERVIOSOS, DEFORMA - CIONES CONGÉNITAS EN HERMANOS, INTOXICACIONES, TRAUMATISMOS MATERNOS DURANTE EL EMBARAZO, CAUSAS DE DEFUNCIÓN Y FECHAS.

3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS. SALU - BRIDAD E HIGIENE, ALIMENTACIÓN BALANCEADA EN CALIDAD Y CANTI - DAD, ALCOHOLISMO Y TABAQUISMO, INMUNIZACIONES B. C. G., ANTI - BARIOLOSA, D.P.T., ANTIPOLIOMIELÍTICA, OTRAS PRUEBAS INMUNO - LÓGICAS, TUBERCULINA, DIFTÉRICA, MIOtica Y OTRAS.

4. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. FIEBRES - ERUPTIVAS, TUBERCULOSIS, PALUDISMO, REUMATISMO, INFECCIONES, PARÁSITOS INTESTINALES, DISENTERIA, HEMORRAGIAS (EPIXTASIS, HEMATEMESIS, MELENAS, HEMOPTISIS), ICTERICIA, DIABETES, CRI - SIS CONVULSIVAS NEUROLÓGICAS, PSIQUIÁTRICAS, ALERGIA, SÍFI - LIS, INFARTO DEL MIOCARDIO, ACC. VASCULARES, CEREBRALES, - AMIGDALITIS, OTITIS, ADENOPATIAS, ÚLCERA PEPTICA, INTERVEN - CIONES QUIRÚRGICAS, TRANSFUSIONES, TRAUMATISMOS GINECOLÓGI - COS Y OBSTETRICOS, NÚMERO DE EMBARAZOS, PESO DE LOS PRODUC - TOS, ABORTOS, PARTOS PREMATUROS, EMBARAZOS MÚLTIPLES, ANTECE - DENTES DE TRATAMIENTOS MÉDICOS, ALERGIAS A LA PENICILINA, -

USO PREVIO DE CORTICOIDES, ATARAXICOS, LAXANTES, PSICOESTIMULANTES, ANTIREUMATICOS Y OTROS.

5. PADECIMIENTO ACTUAL. MOTIVO DE LA CONSULTA (ENVIADO O ESPONTÁNEO), QUE ES LO QUE LE DUELE, COMO LE DUELE, TIEMPO DE EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL DE LOS SÍNTOMAS.

6. APARATOS Y SISTEMAS. APARATO DIGESTIVO

BOCA. POR MEDIO DE LA PALPACIÓN OBSERVAREMOS - LA CONTEXTURA, COLOCACIÓN, SENSIBILIDAD DE LABIOS, MUCOSA LABIAL Y BUCAL, PALADAR DURO Y BLANDO. LA LENGUA SE EXPLORARÁ DENTRO Y FUERA DE LA BOCA; HACIA LA DERECHA E IZQUIERDA, DETERMINAREMOS EL COLOR, LA CONFIGURACIÓN, CONSISTENCIA, MOVIMIENTOS FUNCIONALES, TAMAÑO, PRESENCIA O NO DE PAPILAS Y LESIONES. EL PISO DE LA BOCA POR MEDIO DE LA PALPACIÓN SE OBSERVA LA BASE Y LA SUPERFICIE VENTRAL DE LA LENGUA. SE EXPLORARÁ LA CALIDAD DE LAS ESTRUCTURAS DE LOS DIENTES COMO MOVILIDAD DE LOS MISMOS, TIPOS DE RESTAURACIONES Y LA RESISTENCIA DE DICHS TEJIDOS A DICHS RESTAURACIONES, CARIES, PARA LA EXPLORACIÓN COMPLETA. POR ÚLTIMO OBSERVAREMOS EL CIERRE DE LA BOCA TANTO EN REPOSO COMO EN POSICIÓN FUNCIONAL.

ESÓFAGO. SI SE TIENE DIFICULTAD AL TRAGAR ESTO PUEDE SER POR ESTENOSIS (ESTRECHEZ DEL CONDUCTO Y ES DE ORIGEN CONGÉNITO) O POR TUMOR CEREBRAL.

ESTÓMAGO. AGRURAS ANTES Y DESPUÉS DE LOS ALIMEN -
TOS, ARDOR, TRÁNSITO INTESTINAL, CARACTERES DE EVACUACIÓN.

INTESTINO. HEMATOQUESIA, MELENA, CONSISTENCIA DE -
BOLO FECAL.

APARATO RESPIRATORIO. OBSTRUCCIÓN NASAL, EPIXTASIS,
TOS, EXPECTORACIÓN, HEMOPTISIS, DOLOR, DISNEA, CIANOSIS, DIS
FONIA.

APARATO CIRCULATORIO. DISNEA, COLOR, PALPITACIO -
NES, EDEMA, INSUFICIENCIA VENOSA, INSUFICIENCIA ARTERIAL, LI
POTIMIAS, SÍNCOPE, COLAPSO, CHOQUE Y SIANOSIS.

APARATO URINARIO. DIURESIS EN 24 HORAS, NÚMERO DE
MICCIONES, CARACTERÍSTICAS DE LA MICCIÓN, DISURIA, PLURIA, -
HEMATURIA Y DOLOR LUMBAR.

APARATO GENITAL. CICLO MENSTRUAL, MENOPAUSIA, ME -
TRORRARGIS, LEICORREAS, INICIACIÓN DE LA PUBERTAD, PADECI -
MIENTOS GENITALES, PERTURBACIONES SEXUALES.

SISTEMA HEMÁTICO Y LINFÁTICO. MANIFESTACIONES DE -
ANEMIA, DE HEMOLISIS, TENDENCIA HEMORRÁGICA, MENOR RESISTEN -
CIA A LAS INFECCIONES, ADENOPATIAS.

SISTEMA ENDOCRINO. PERTURBACIONES SOMÁTICAS (DESARROLLO ESTADURAL), EVOLUCIÓN DE LA CURVA PONDERAL, DIABETES Y BOCIO.

SISTEMA NERVIOSO. MOTILIDAD, PARÁLISIS, PARESTESIAS, TEMBLORES, ATROFIAS, SENSIBILIDAD, ANESTESIA, ALERGIAS, CEFALÉAS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS, VISIÓN, AUDICIÓN, SUEÑO, EXITABILIDAD, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.

SISTEMA MUSCULAR Y ESQUELÉTICO. ALGIAS Y LIMITACIÓN DE MOVIMIENTOS, ATROFIAS, DEFORMACIONES.

7. EXÁMENES DE LABORATORIO. ENUMERACIÓN Y FECHAS.

8. DIAGNÓSTICO.

9. PRONÓSTICO.

10. TERAPÉUTICA EMPLEADA. TIEMPO DE TRATAMIENTO, MEDICACIÓN, DOSIS DIARIAS Y TOTAL, RESULTADOS OBTENIDOS.

1.2 MODELOS DE ESTUDIO Y RX

MODELOS. ES UN MEDIO DE DIAGNÓSTICO VALIOSO ANTES

DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

DEBERÁN SER UNA RÉPLICA FIEL DE LOS DIENTES Y DE LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES Y SE LES RELACIONARÁ DE MANERA CONVENIENTE EN UN ARTICULADOR CAPAZ DE SIMULAR LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES. SE PUEDEN OBTENER EXCELENTES MODELOS DE YESO A PARTIR DE IMPRESIONES TOMADAS CON ALGINATO, SIEMPRE QUE ÉSTAS NO CONTENGAN BURBUJAS U OTRAS IMPERFECCIONES. LA PARTE DENTARIA DEL MODELO ASÍ COMO LAS FUTURAS ZONAS DE TRABAJO NO DEBERÁN PRESENTAR POROS, NODULOS O FALSOS CONTORNOS, SE OBTENDRÁN ASÍ LAS FORMAS DENTARIAS ADECUADAS PARA EL ANÁLISIS Y PARA EL ESTUDIO DE LA OCLUSIÓN DE MANERA MÁS EXACTA; CON LOS MODELOS DE DIAGNÓSTICO ARTICULADOS EXISTE LA OPORTUNIDAD DE UN ESTUDIO DETENIDO DE LAS RELACIONES DENTARIAS EN LOS DIVERSOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES.

LOS HALLAZGOS Y EL CONOCIMIENTO OBTENIDO MEDIANTE EL EXAMEN CLÍNICO, PERMITIRÁN HACER LOS AJUSTES OCLUSALES NECESARIOS, TENIENDO EN CUENTA LA IMPORTANCIA DE LA OCLUSIÓN ARMÓNICA Y FISIOLÓGICA PREVIA A LA FASE RESTAURADORA PROPIAMENTE DICHA.

IMPORTANCIA DE LOS MODELOS DE ESTUDIO

1. COMO AUXILIARES EN EL DISEÑO Y ELABORACIÓN DE -

LA PRÓTESIS PARA COLOCAR CON EXACTITUD EL CONTORNO DE DIVER-
SAS ESTRUCTURAS ASÍ COMO LA RELACIÓN QUE GUARDAN ENTRE SÍ.

2. COMO REPRODUCCIÓN TRIDIMENSIONAL PARA DISTIN -
GUIR LAS SUPERFICIES BUCALES QUE EXIGEN MODIFICACIONES Y ME-
JORAR ASÍ EL DISEÑO.

3. COMO COMPLEMENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE SE -
DAN AL LABORATORISTA. EL DISEÑO DEBE HACERSE SOBRE EL MODE-
LO DE ESTUDIO Y ENVIARSE AL LABORATORIO JUNTO CON EL MODELO
DE TRABAJO SIN MARCAR.

4. CONSTITUYEN UN REGISTRO PRECISO Y DURADERO PARA
USARLO POSTERIORMENTE EN EL CASO DE QUE EL PACIENTE DECIDA -
POSPONER TEMPORALMENTE EL TRATAMIENTO.

5. PUEDE SERVIRNOS PARA MOSTRAR EL TRATAMIENTO PLA
NEADO Y PARA ACLARAR LAS INSTRUCCIONES AL CIRUJANO BUCAL.
CUANDO SE VA A INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE COMO PARTE PRELIMI
NAR DEL TRATAMIENTO.

6. PONER DE MANIFIESTO LA DIRECCIÓN EN QUE LAS -
FUERZAS INCIDIRÁN EN LA RESTAURACIÓN TERMINADA Y DETERMINAR
LA NECESIDAD DE REDUCIR LA ALTURA CUSPIDEA O LA FORMA DE LOS
ANTAGONISTAS SI SE JUSTIFICAN TALES PROCEDIMIENTOS.

7. DETERMINAR LA SECUENCIA DE LAS RESTAURACIONES - PARA ESTABLECER EL PLANO DE OCLUSIÓN DE LA PRÓTESIS POR REALIZAR EN LA FORMA MÁS ADECUADA Y CONVENIENTE.

8. PARA CONSTRUIR UN PORTA-IMPRESIONES EN EL CASO DE QUE SE DIFICULTE LA TOMA DE IMPRESIONES ACOSTUMBRADAS.

ESTUDIO RADIOGRÁFICO

PONDRÁ DE MANIFIESTO LA RELACIÓN CORONA-RAÍZ O SOPORTE PERIODONTAL QUE SE DETERMINA Y VALORA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA LEY DE ANTE, LA CUAL ESTABLECE QUE EN PRÓTESIS FIJA, LA SUMA DE LAS SUPERFICIES PERIODONTALES DE LOS DIENTES PILARES DEBE SER IGUAL O MAYOR QUE EL ÁREA PERIODONTAL QUE CORRESPONDERÍA A LOS DIENTES QUE SE REEMPLAZAN.

LA RELACIÓN CORONA-RAÍZ ACEPTADA COMO FAVORABLE ES LA DE $1 \div 1\frac{1}{2}$ EN MEDIDA LONGITUDINAL O CORONA RADICULAR RESPECTIVAMENTE; POR LO TANTO SE REQUIERE RAÍZ O RAICES LARGAS, CON PAREDES ALGO ACHATADAS Y PARALELAS. TAMBIÉN SE PUEDE ADMITIR UNA PROPORCIÓN MENOS FAVORABLE CUANDO NO SE OBSERVA MOVILIDAD, SI EL ESTADO BUCAL DEL PACIENTE ES SALUDABLE ASÍ COMO EL DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE Y LA OCLUSIÓN, EN ESE MOMENTO NO ES TRAUMÁTICA.

EN ESTA FASE DEL TRATAMIENTO EL OPERADOR DECIDIRÁ -

SI ES NECESARIO O NO INCLUIR DIENTES CONTIGUOS A LOS PILAS PARA OFRECER AL PUENTE UN APOYO PERIODONTAL CONVENIENTE.

ES IMPORTANTE ASEVERAR QUE LOS TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS Y PERIODONTALES QUE PUEDEN SER NECESARIOS DEBEN ESTAR TERMINADOS ANTES DE PLANEAR EL PUENTE EN DETALLE, ES DE SUPONER QUE NO SE ENCONTRARA NINGUNA CONDICIÓN PATOLÓGICA EN EL EXAMEN RADIOGRÁFICO.

1.3 DIAGNÓSTICO

LOS HALLAZGOS EFECTUADOS CUANDO SE UTILIZAN LAS TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN DESCRITAS DEBEN RELACIONARSE CON LOS DIVERSOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DISFUNCIÓN DEL APARATO MASTICADOR A FIN DE OBTENER LAS BASES PARA EL DIAGNÓSTICO. EL DIAGNÓSTICO SE ESTABLECE AL COMPARAR, EXAMINAR Y SINTETIZAR LAS CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA ENFERMEDAD; DE LOS DATOS OBTENIDOS DEL INTERROGATORIO Y LA EXPLORACIÓN.

LOS DATOS OBTENIDOS DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LA EXPLORACIÓN DEL PACIENTE GENERALMENTE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA EFECTUAR UN DIAGNÓSTICO POSITIVO.

EL ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DEL SISTE

MA PUEDEN SEÑALAR QUE ESTÁN PRESENTES UNO O MÁS PADECIMIENTOS INTERRELACIONADOS Y POR LO TANTO DEBEN EFECTUARSE UNO O MÁS DIAGNÓSTICOS. FINALMENTE EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER VALORADO EN RELACIÓN A SU IMPORTANCIA, CON SU PRONÓSTICO Y EL PLAN DE TRATAMIENTO. AUNQUE EL DIAGNÓSTICO PROPORCIONA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS ENCONTRADOS, SOLAMENTE EL CONOCIMIENTO BÁSICO DE LOS PRINCIPIOS SUBYACENTES EN LA ENFERMEDAD Y EL JUICIO CLÍNICO PUEDE ASEGURAR LA INSTITUCIÓN DEL TRATAMIENTO ADECUADO.

PRONÓSTICO. COMPRENDE UNA APRECIACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PADECIMIENTO, LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN OBTENER DEL TRATAMIENTO Y LA EVOLUCIÓN QUE PUEDE PREVEERSE DEL CASO A TRATAR.

1.4 PLAN DE TRATAMIENTO

SE ESTABLECE DESPUÉS DE ELABORAR UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA Y DE REVISAR LOS DATOS DE LA EXPLORACIÓN DE LA BOCA Y SALUD GENERAL DEL PACIENTE, EMPLEANDO MÉTODOS Y TÉCNICAS QUE DEMANDA EL CASO.

EL PLAN DE TRATAMIENTO RESULTANTE PUEDE QUEDAR INTEGRADO EN UNA O VARIAS DE LAS SIGUIENTES CLASES DE LA ODON

TOLOGÍA RESTAURADORA, ORTODONCIA, PRÓTESIS DE CORONAS Y PUNTES, PRÓTESIS DE DENTADURAS PARCIALES O COMPLETAS.

PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA PRÓTESIS SE INCLUYE AL FINAL DESPUÉS DE HACER TODAS LAS FASES QUIRÚRGICAS, PERIODONTALES Y DE ODONTOLOGÍA OPERATORIA QUE REQUIERA EL TRATAMIENTO.

ES MUY IMPORTANTE EXPLICAR AL PACIENTE LOS DISTINTOS PASOS QUE SE SIGUEN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA PRÓTESIS PARCIAL FIJA COMO ES EL DISEÑO GENERAL DEL PUENTE, EL NÚMERO DE DIENTES QUE SE VAN A NECESITAR Y DURACIÓN APROXIMADA DE CADA UNA DE ELLAS. SE LE DARÁ INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA DURACIÓN APROXIMADA DE ESTE TIPO DE RESTAURACIÓN PROTÉSICA Y SE LE HARÁ SABER QUE ES UN APARATO ARTIFICIAL FIJO COLOCADO EN EL MEDIO BUCAL Y QUE VA A SUFRIR POR FUERZA CAMBIOS Y QUE DE VEZ EN CUANDO NECESITARÁ REAJUSTES.

EN ESTE PERÍODO EL PACIENTE PUEDE PRESENTAR ALGUNAS SENSACIONES MOLESTAS OCASIONADAS POR LA FERULIZACIÓN DE VARIOS DIENTES, DESPUÉS DE QUE ESTOS HABÍAN ESTADO ACOSTUMBRADOS A TENER MOVIMIENTOS INDIVIDUALES Y EN OTRAS OCAIONES PRESENTARSE DOLOR CON LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA.

DEBEMOS TENER CUIDADO EN NO ALARMAR AL PACIENTE Y EN CADA CASO PARTICULAR SE DEBE CONDUCIR CON TACTO A ESTE RESPECTO.

HOJA CLINICA

REGISTRO DE DIAGNOSTICO DE PROTESIS PARCIAL FIJA

I.- INFORMACION GENERAL

FECHA: _____

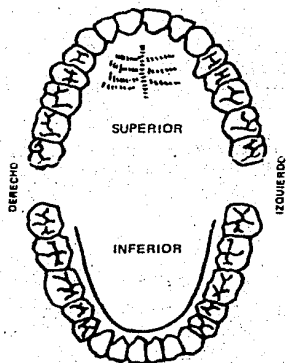
Nombre _____ Edad _____

Domicilio _____

Ocupación _____ Sexo _____ Tel. _____

Motivo principal de la consulta _____

II.- EVALUACION CLINICA



Pinte el diagrama y especifique:

AZUL.— Dientes con caries _____

AMARILLO.— Prótesis Parcial Fija _____

VERDE.— Prótesis Parcial Removible _____

NEGRO.— Dientes ausentes _____

ROJO.— Restauraciones individuales _____

ANALISIS DE LA OCLUSION:

a).— Clasificación: _____

Protección canina _____

Protección anterior _____

Función de grupo _____

Protección mutua _____

b).— Mordida cruzada: _____

c).— Mordida abierta: _____

d).— Sobre mordida: _____

e).— Relación incisas: Traslape horizontal _____ mm. Traslape vertical _____ mm.

f).— Contacto dentario anterior en oclusión céntrica _____

Observaciones: _____

EVALUACION PARODONTAL: _____

EVALUACION ENDODONTICA: _____

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

a).— Comodidad _____

b).— Crepitante _____

c).— Sonora _____

d).— Suavidad _____

e).— Desviación _____

MOVIMIENTO MANDIBULAR (evalúelo como normal, excesivo o limitado)

a).— Protusivo _____

b).— Lateral derecho _____

c).— Lateral izquierdo _____

HÁBITOS BUCALES: _____

EXAMEN RADIOGRAFICO:

Relación corona-raíz _____

Soporte óseo _____

Región desdentada _____

Observaciones: _____

III.— PLAN DEL TRATAMIENTO

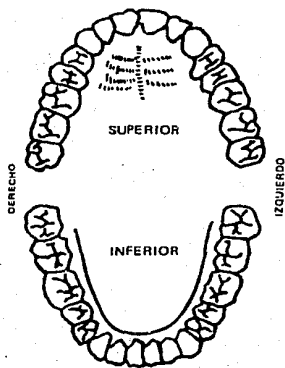
a).— Dientes pilares _____

b).— Pónticos _____

c).— Restauraciones individuales _____

d).— Otros _____

e).— Material a utilizar: _____



f).— Pinte el diagrama y especifique tipos de preparación:

AMARILLO.— Dientes pilares _____

NEGRO Y AMARILLO.— Pónticos _____

ROJO.— Restauraciones Individuales _____

INDICACIONES: _____

C.D. _____

Firma: _____

Paciente _____

Firma: _____

CAPÍTULO II

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN LA PRÓTESIS FIJA

LA PRÓTESIS ESTÁ INDICADA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. PACIENTES CON ESTADO DE SALUD ACEPTABLE.
2. PACIENTES RECEPTIVOS AL TRATAMIENTO DENTAL.
3. PACIENTES QUE PRESENTAN UNA HIGIENE DENTAL ADECUADA.
4. PACIENTES CON TRASTORNOS NERVIOSOS, COMO LOS - EPILÉPTICOS.
5. EN QUE LA ESTÉTICA SEA PRIMORDIAL.
6. SI LA CAPACIDAD ECONÓMICA DEL PACIENTE LO PERMITE.
7. CUANDO SE DISPONGA DE DIENTES ADECUADAMENTE - DISTRIBUIDOS Y SANOS QUE SIRVAN COMO PILARES. ESTO SIGNIFICA LA PRESENCIA DE UN DIENTE O DIENTES A CADA EXTREMO DE LA BRECHA Y LA DE UN DIENTE INTERMEDIO CUANDO ESTA BRECHA CORRESPONDA A MÁS DE CINCO DIENTES.
8. QUE ESTOS DIENTES PRESENTEN UNA ADECUADA RELACIÓN CORONA-RAÍZ.

9. QUE DESPUÉS DE LOS EXÁMENES RADIOGRÁFICOS, MODELOS DE ESTUDIO Y EL CORRESPONDIENTE EXAMEN BUCAL SE DEMUESTRE QUE SON CAPACES LOS DIENTES PILARES DE RESISTIR LA CARGA ADICIONAL.

10. CUANDO EL DESARROLLO DE LOS DIENTES ES NORMAL.

11. QUE LAS PIEZAS PILARES SEAN DE PREFERENCIA VITALES Y SANAS; SI SON PIEZAS NO VITALES, SU CONDUCTO DEBERÁ ESTAR ADECUADAMENTE OBTURADO Y SIN SIGNOS DE REABSORCIÓN APICAL.

CONTRAINDICACIONES

UN PUENTE FIJO ESTÁ CONTRAINDICADO CUANDO:

1. LA HIGIENE BUCAL ES DEFICIENTE.
2. EN PACIENTES DIABÉTICOS.
3. CUANDO HAY ALTO GRADO DE MOVILIDAD EN LOS DIENTES PILARES.
4. CUANDO HAY DUDA DE LA CAPACIDAD DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE REMANENTES ALREDEDOR DE LOS DIENTES PILARES DE ACEPTAR CUALQUIER TIPO DE CARGA AGREGADA SIN APOYO BILATERAL.
5. CUANDO EL ASPECTO DESDENTADO SEA DE TAL LONGITUD QUE LA CARGA SUPLEMENTARIA QUE SE GENERA EN LA OCLUSIÓN

DE LOS TRAMOS AFECTE LA SALUD DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE DE LOS DIENTES PILARES.

6. CUANDO POR LA MISMA LONGITUD DEL TRAMO SE REQUIERE CONSTRUIR UNA BARRA DE DIMENSIONES TALES QUE SE TENGA QUE REDUCIR EL ÁREA DE LOS NICHOS PRODUCIÉNDOSE LA SOBRE PROTECCIÓN DE LOS TEJIDOS SUBYACENTES.

7. CUANDO UNA PRÓTESIS COLOCADA CON ANTERIORIDAD MUESTRE EVIDENCIA DE QUE LA MEMBRANA MUCOSA INVOLUCRADA REACCIONES DESFAVORABLEMENTE.

8. CUANDO EN LA ZONA ANTERIOR HA HABIDO GRAN PÉRDIDA DE PROCESO ALVEOLAR Y POR LO TANTO, LOS DIENTES ARTIFICIALES DE UNA PRÓTESIS FIJA SERÍAN EXCESIVAMENTE LARGOS Y ANTIESTÉTICOS O CUANDO SE NECESITE RESTAURAR EL CONTORNO FACIAL DE LA PERSONA MEDIANTE LA PRÓTESIS.

9. CUANDO LA PRÓTESIS FIJA OCLUYA CON DIENTES NATURALES O CON UNA PRÓTESIS FIJA ÚNICAMENTE EN UN EXTREMO EN LA MITAD O MENOS DE SU LONGITUD.

10. EN PACIENTES ADOLESCENTES, CUANDO LOS DIENTES NO OCLUYEN TODAVÍA O CUANDO LAS PULPAS SON MUY AMPLIAS IMPIDIENDO UN DESGASTE ADECUADO.

11. EN PACIENTES ANCIANOS EN QUE SE COMPRUEBE FALTA DE RESILIENCIA DE LA MEMBRANA PERIODONTAL, CUANDO POR ABRASIÓN SE HAYAN ENSANCHADO LAS CARAS OCLUSALES.

12. SI LA OCLUSIÓN ES ANORMAL Y EL CIERRE PRODUCE FUERZAS QUE REACCIONARÁN DESFAVORABLEMENTE SOBRE LAS ESTRUCTURAS

TURAS DE SOPORTE, IMPIDIENDO LA CONSTRUCCIÓN DE TRAMOS DE FORMA ADECUADA O PRODUCIENDO ROTACIONES DE UNO O MÁS PILARES HACIENDO DUDAR DE LA ESTABILIDAD DEL ANCLAJE.

2.1 VENTAJAS Y DESVENTAJAS

LA PRÓTESIS FIJA ESTÁ CONSIDERADA COMO LA QUE PROPORCIONA LA MAYOR SEMEJANZA EN APARIENCIA Y FUNCIÓN CON LAS PIEZAS NATURALES. CUANDO ESTÁ CORRECTAMENTE INSTALADA, APARTE DE COLOCARSE TAN PRONTO COMO SE HAYA PERDIDO EL O LOS DIENTES, PRESENTA MUCHAS VENTAJAS:

1. ES LA QUE SE ASEMEJA MÁS AL MECANISMO MASTICATORIO NATURAL FACILITANDO LA MASTICACIÓN.
2. AUMENTA LA CAPACIDAD DE PRONUNCIACIÓN DEL PACIENTE.
3. SE PARECEN MUCHO A LOS DIENTES NATURALES DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTÉTICO EVITANDO QUE SEA NOTORIA O QUE LO SEA RELATIVAMENTE.
4. LOS CASOS DE FRACTURA SON POCO FRECUENTES.
5. COMO VAN UNIDAS A LOS DIENTES NATURALES NO SE PUEDEN DESPLAZAR EVITANDO QUE EL PACIENTE LOS PIERDA.
6. TIENEN ACCIÓN DE FÉRULA SOBRE LOS DIENTES NATURALES EN QUE VAN ANCLADOS PROTEGIÉNDOLOS DE FUERZAS PERJUDI

CIALES.

7. ESTIMULA FAVORABLEMENTE LOS TEJIDOS DE SOPORTE AL TRANSMITIR LAS FUERZAS A TRAVÉS DEL EJE LONGITUDINAL DE LOS PILARES.

8. RESTAURA Y CONSERVA LAS RELACIONES DE CONTACTO DE LOS DIENTES PILARES CON SUS VECINOS Y ANTAGONISTAS.

9. NO TIENEN ANCLAJES QUE SE MUEVAN SOBRE LAS SUPERFICIES DENTARIAS DURANTE LOS MOVIMIENTOS FUNCIONALES EVITÁNDOSE EL CONSIGUIENTE DESGASTE.

ENTRE LAS DESVENTAJAS SE PUEDEN CONSIDERAR:

1. EL EXTENSO DESGASTE DE TEJIDO DENTAL QUE SE TIENE QUE HACER EN LOS DIENTES PILARES, MUCHAS VECES SANOS.

2. EL ELEVADO COSTO DE TRABAJO.

3. LO NUMEROSO DE LAS CITAS.

4. NO SIEMPRE ESTÁ INDICADO EN TODOS LOS CASOS DE PÉRDIDAS DENTALES.

CAPÍTULO III

COMPONENTES DE UNA PRÓTESIS FIJA

LA PRÓTESIS FIJA, LLAMADA TAMBIÉN PUENTE FIJO, ES EL IMPLEMENTO QUE SUSTITUYE A DIENTES PERDIDOS Y QUE VA A ESTAR UNIDO POR CEMENTACIÓN A LOS DIENTES PILARES, EVITANDO ASÍ QUE SEA REMOVIDO POR EL PACIENTE, YA SEA PARA LIMPIARLO O INSPECCIONARLO.

LAS PRÓTESIS FIJAS ESTÁN COMPUESTAS POR LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:

1. RETENEDOR
2. PILAR
3. PONTICO
4. CONECTOR

1. EL RETENEDOR, - ES LA RESTAURACIÓN QUE ASEGURA EL PUNTE A UN DIENTE SOPORTE, EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE RETENEDORES COMO SON: CORONAS $3/4$ Y $4/5$, ONLAY, CORONA VENEER, CORONA TOTAL, CUALQUIER TIPO DE RETENEDOR DEBE DE TENER LAS SIGUIENTES CUALIDADES:

1.1 RETENCIÓN. PARA LOGRARLA, ES NECESARIO QUE - LAS PAREDES AXIALES DE LAS PREPARACIONES PARA LOS RETENEDORES SEAN LO MÁS PARALELAS POSIBLES Y TAN EXTENSAS COMO LO - PERMITA EL DIENTE.

1.2 RESISTENCIA. SE REFIERE A LA CALIDAD DE MATERIAL. LOS OROS DUROS SON MÁS RESISTENTES A LAS DEFORMACIONES QUE LOS OROS BLANDOS USADOS EN LAS INCRUSTACIONES.

1.3 FACTORES ESTÉTICOS. PARA CUMPLIR CON LA ESTÉTICA, ES IMPORTANTE QUE EL TERMINADO DE UNA PRÓTESIS FIJA - SEA AGRADABLE A LA VISTA.

1.4 FACTORES BIOLÓGICOS. SE DEBE PROCURAR QUE LA CANTIDAD DE TEJIDO DENTARIO QUE SE ELIMINE, SEA MÍNIMA, EL RETENEDOR NO DEBE LESIONAR CON SUS MÁRGENES A LOS TEJIDOS - BLANDOS ADYACENTES.

2. PONTICO O PIEZA INTERMEDIA.- ES LA PARTE SUSPENDIDA EN EL PUENTE QUE REEMPLAZA AL DIENTE O DIENTES PERDIDOS.

2.1 FACTORES FÍSICOS. EL PONTICO DEBE SER LO SUFICIENTEMENTE FUERTE PARA RESISTIR LAS FUERZAS DE LA OCLUSIÓN Y TENER CIERTA RIGIDEZ QUE IMPIDA QUE SUFRA FLEXIONES.

ADEMÁS SU DUREZA DEBE SER TAL, QUE SOPORTE EL DESGASTE PROVOCADO POR EL EFECTO ABRASIVO DE LOS ALIMENTOS. LA RECONSTRUCCIÓN ANATÓMICA DEBE SER LA CORRECTA. EL COLOR DEL PONTICO DEBE CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS ESTÉTICAS DE CADA PACIENTE.

2.2 FACTORES BIOLÓGICOS. PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PONTICO SE DEBEN SELECCIONAR MATERIALES NO IRRITANTES A LA MUCOSA ORAL.

EL DISEÑO DE UN PONTICO DEBE REUNIR BÁSICAMENTE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

° LAS PAREDES PROXIMALES DEBERÁN SER LIGERAMENTE CONVERGENTES HACIA GINGIVAL, CON EL OBJETO DE AMPLIAR UN POCO MÁS EL ESPACIO INTERPROXIMAL Y FACILITAR ASÍ LA LIMPIEZA ORAL.

° LOS ÁNGULOS AXIALES FORMADOS POR LAS PAREDES MESIO-LINGUAL Y DISTO-LINGUAL SE ACORTAN LIGERAMENTE PARA TENER UNA CONVERGENCIA DE LAS CARAS PROXIMALES ASIA LINGUAL.

° EN LA CARA OCLUSAL SE REDUCE UN POCO LA DISMINUCIÓN VESTÍBULO-LINGUAL, ESTA REDUCCIÓN SE HACE A EXPENSAS DE LA CARA LINGUAL. AL ACORTAR ESTA DIMENSIÓN SE LOGRA QUE

LAS FUERZAS SOBRE LA SUPERFICIE OCLUSAL SEA MÍNIMA.

° LA TERMINACIÓN DE LA CARA INFERIOR DEBEN ESTAR HACIENDO UN LIGERO CONTACTO CON LA MUCOSA.

° LAS FUERZAS FUNCIONALES EJERCIDAS SOBRE LA SUPERFICIE OCLUSAL SE TRANSMITE A LOS DIENTES PILARES, POR ESA DICHA FUERZA SE DEBE MANTENER DENTRO DE LOS LÍMITES FISIOLÓGICOS, LO CUAL SE LOGRA DOTANDO A LA SUPERFICIE OCLUSAL CON CRESTAS Y SURCOS BIEN DEFINIDOS.

3. CONECTOR.- ES LA PARTE DEL PUENTE QUE UNE AL RETENEDOR CON EL PONTICO Y PUEDEN SER CONECTORES RÍGIDOS, SEMIRÍGIDOS O DE BARRA LINGUAL.

3.1 CONECTOR RÍGIDO, ES EL MÁS USADO Y PROPORCIONA UNA UNIÓN FÍSICA ENTRE EL PONTICO Y EL RETENEDOR Y NO EXISTEN MOVIMIENTOS INDIVIDUALES DE LAS DISTINTAS UNIDADES DEL PUENTE.

3.2. CONECTOR SEMIRÍGIDO, ES EL QUE PERMITE ALGUNOS MOVIMIENTOS INDIVIDUALES DE LAS UNIDADES QUE SE REUNEN EN EL PUENTE Y ESTÁN INDICADOS EN TRES CASOS:

A) CUANDO EL RETENEDOR NO TIENE SUFICIENTE RETEN-

CIÓN Y HAY QUE ROMPER LA FUERZA TRANSMITIDA DESDE EL PONTICO AL RETENEDOR POR MEDIO DEL CONECTOR.

B) CUANDO NO ES POSIBLE PREPARAR EL RETENEDOR CON LA DIRECCIÓN DE LA LÍNEA DE ENTRADA DEL PUENTE.

C) CUANDO SE DESEA DESCOMPONER UN PUENTE COMPLEJO EN UNA O MÁS UNIDADES Y DEBEMOS CONSERVAR UN MEDIO DE FERULIZACIÓN DE LOS DIENTES.

3.3 CONECTOR DE BARRA LINGUAL. SE USA EN CASOS CLÍNICOS DIFÍCILES, POR EJEMPLO CUANDO EXISTEN GRANDES DIAS TEMAS ENTRE LOS DIENTES ANTERIORES Y SE TIENE QUE CONSTRUIR UNA PRÓTESIS.

3.1 SELECCIÓN DE PIEZAS PILARES

PARA SELECCIONAR LAS PIEZAS PILARES DEBEMOS TENER EN CUENTA LOS SIGUIENTES FACTORES:

A) FORMA ANATÓMICA DE LOS DIENTES, PARA ESTO OBSERVAMOS POR MEDIO RADIOGRÁFICO ANOMALÍAS PARODONTALES EN GENERAL, CALIDAD DEL LIGAMENTO PARODONTAL DE LA RELACIÓN CORONA RAÍZ.

B) EXTENSIÓN DEL SOPORTE PERIODONTAL Y DE LA RELACIÓN CORONA RAÍZ DE LOS DIENTES. LA EXISTENCIA DE SOPORTE PARADONTAL DEPENDE DE LA INSERCIÓN EPITELIAL EN EL DIENTE. EL NIVEL DE SOPORTE PUEDE EFECTUAR LA RELACIÓN CORONA RAÍZ. EN CASO DE QUE LA CORONA CLÍNICA SEA MAYOR QUE LA RAÍZ DEL DIENTE, ESTE DIENTE NO SERÁ ADECUADO COMO ANCLAJE DEBIDO A LAS PRESIONES LATERALES EJERCIDAS SOBRE LA MEMBRANA PERIODONTAL.

C) MOVILIDAD. SELECCIONAREMOS A LOS DIENTES QUE NO TENGAN MOVILIDAD PARA SER UTILIZADOS COMO PILARES Y EN CASO DE SUFRIRLA, DEBEMOS INVESTIGAR LA CAUSA DE LA MOVILIDAD, Y SI SE PUDIERA CORREGIR ESTO SE FERULIZARÁ CON LOS DIENTES CONTIGUOS O HAREMOS IMPLANTES ENDODONTICOS CUANDO SEA NECESARIO.

D) POSICIÓN DE LOS DIENTES EN LA BOCA. CONDICIONAN LA EXTENSIÓN DE LAS FUERZAS QUE SE EJERCERÁN EN LA OCLUSIÓN DURANTE LOS MOVIMIENTOS FUNCIONALES SOBRE DICHOS DIENTES.

E) NATURALEZA DE LA OCLUSIÓN DENTARIA. LA NATURALEZA DE LA OCLUSIÓN QUE CAE SOBRE UN DIENTE INFLUYE EN LAS DECISIONES PARA USARLO COMO ANCLAJE. POR EJEMPLO: UNA PRÓTESIS PARCIAL Y COMPLETA EJERCEN MENOS PRESIÓN QUE LOS NATU

RALES.

3.2 CLASIFICACIÓN Y REQUISITOS DE LOS RETENEDORES DE PUENTES

CLASIFICACIÓN

LOS RETENEDORES SE HAN CLASIFICADO EN TRES GRANDES GRUPOS DE ACUERDO A LA FORMA EN QUE SE FIJAN AL DIENTE PILAR.

RETENEDORES INTRACORONALES. SON LOS QUE VAN EN EL INTERIOR DE LA CORONA ANATÓMICA DEL DIENTE. SON BÁSICAMENTE PREPARACIONES PARA INCRUSTACIONES SIMILARES A LAS QUE SE HACEN EN OPERATORIA DENTAL. EN EL TRATAMIENTO DE CARIES, PERO CUANDO SE EMPLEAN PARA RETENEDORES DEL PUENTE FIJO DEBEMOS PONER MAYOR ATENCIÓN DEBIDO A LAS GRANDES FUERZAS DE DESPLAZAMIENTO A QUE ESTÁN SOMETIDOS POR LA ACCIÓN DE LA PALANCA DE LA PIEZA INTERMEDIA Y POR LA FUNCIÓN MASTICATORIA. EL MATERIAL EMPLEADO PARA SU CONSTRUCCIÓN SERÁ METAL, DE PREFERENCIA ORO. ESTAS INCRUSTACIONES PUEDEN SER M.O.D., M.O. Y D.O. ESTAS INCRUSTACIONES SUELEN SER USADAS COMO RESTAURADOR PROTESICO INDIVIDUAL ASÍ COMO PARA RETENEDOR DE PUENTE FIJO.

INDICACIONES PARA LOS RETENEDORES INTRACORONALES

- A) EN TRAMOS CORTOS PREFERENTEMENTE EN BRECHAS -
DESIDENTADAS DE UNA SOLA PIEZA.
- B) CUANDO LA CORONA CLÍNICA SEA RELATIVAMENTE LAR
GA.
- C) CUANDO EXISTA OCLUSIÓN FUNCIONAL.
- D) CUANDO NO HAYA MOVILIDAD.
- E) EN PIEZAS RELATIVAMENTE LIBRES DE CARIES.

RETENEDORES EXTRACORONALES

CUANDO CUBRA TODA O PARTE DE LA CORONA ANATÓMICA -
DEL DIENTE. PUEDEN SER CORONAS TOTALES O PARCIALES, ESTAS
RESTAURACIONES CUBREN EL EXTERIOR DE LA CORONA DENTAL Y SE
EXTIENDE ALREDEDOR DE LAS PAREDES, AUNQUE PUEDAN ENTRAR MÁS
PROFUNDAMENTE EN LA DENTINA, EN LAS ÁREAS RELATIVAMENTE PE-
QUEÑAS DE LAS RANURAS DE AGUJEROS DE RETENCIÓN ADICIONAL.

RETENEDORES INTRARADICULARES

SE LES DENOMINA ASÍ A LOS RETENEDORES QUE SE ALO -
JAN EN LA PARTE INTERIOR. ESTE TIPO DE RETENEDORES SE UTI-

LIZAN EN LOS DIENTES DESVITALIZADOS QUE HAN SIDO TRATADOS -
 ENDODONTICAMENTE OBTENIÉNDOSE LA RETENSIÓN POR MEDIO DE UNA
 ESPIGA QUE PENETRA Y SE ALOJA EN EL INTERIOR DE LA RAÍZ,
 EL MÁS ANTIGUO RETENEDOR ACTUALMENTE EN DESUSO, ES LA CO-
 RONA RICHMOND. NO SE USA ACTUALMENTE PORQUE CUALQUIER REPARA-
 CIÓN QUE REQUIRIESE LA PRÓTESIS IMPLICARÍA TENER QUE RETI-
 RAR EL APARATO CON TODO Y ESPIGA.

OTRA VARIEDAD DE ESTOS RETENEDORES LO CONSTITUYE -
 EL MUÑÓN ESPIGADO QUE CONSISTE EN UNA ESPIGA O PUENTE METÁ-
 LICO QUE PENETRA EN LA RAÍZ AL IGUAL QUE LA CORONA RICHMOND,
 PERO EN VEZ DE TODA LA CORONA, SÓLO TIENE EN LA PORCIÓN CO-
 RONAL UN MUÑÓN COMO SI SE HUBIERA REBAJADO LA PIEZA DENTA -
 RIA, ENCIMA DE ESTE MUÑÓN SE CEMENTA UNA CORONA TOTAL.

REQUISITOS

RETENCIÓN. ESTO SE LOGRA HACIENDO LAS PAREDES -
 AXIALES DE LAS PREPARACIONES PARA LOS RETENEDORES LO MÁS PA-
 RALELO POSIBLE Y EXTENSAS COMO LO PERMITA EL PUENTE, PARA -
 QUE ÉSTE PUEDA RESISTIR LAS FUERZAS DE MASTICACIÓN.

RESISTENCIA. DEBERÁ SER ADECUADA PARA OPONERSE A
 LA DEFORMACIÓN PRODUCIDA POR LAS FUERZAS FUNCIONALES, Y SER
 SUFICIENTEMENTE FUERTE PARA EVITAR LA SEPARACIÓN DE LOS MÁR-
 GENES Y EL AFLUJAMIENTO DEL RETENEDOR.

ESTÉTICO. DEPENDE DE LA ZONA EN QUE SE COLOQUE LA PRÓTESIS Y VARIARÁ DE UN PACIENTE A OTRO.

FACTORES BIOLÓGICOS. CUALQUIERA QUE SEA LA SITUACIÓN, DEBEREMOS ELIMINAR LA MENOR CANTIDAD DE TEJIDO DENTARIO, PORQUE ESTE TEJIDO TIENE UN POTENCIAL DE RECUPERACIÓN LIMITADA Y ADEMÁS PUEDE PRESENTAR PROBLEMAS PULPARES. TAMBIÉN SE TOMARÁ EN CUENTA LA RELACIÓN DEL RETENEDOR CON LOS TEJIDOS GINGIVALES PARA LA CONSERVACIÓN DE DICHS TEJIDOS - DE SOSTÉN.

SELECCIÓN DE RETENEDORES. LA SELECCIÓN DE RETENEDORES DEPENDEN DE UNA SERIE DE FACTORES COMO SON:

1. PRESENCIA Y EXTENSIÓN DE CARIES.
2. PRESENCIA Y EXTENSIÓN DE OBTURACIÓN.
3. RELACIONES FUNCIONALES CON EL TEJIDO GINGIVAL CONTIGUO.
4. MORFOLOGÍA DE LA CORONA DEL DIENTE.
5. ALINEACIÓN DEL DIENTE CON RESPECTO A OTROS DIENTES PILARES.
6. ACTIVIDAD Y ESTIMACIÓN DE FUTURA PRESENCIA DE CARIES.
7. NIVEL DE LA HIGIENE BUCAL.
8. FUERZAS MASTICATORIAS EJERCIDAS SOBRE EL DIENTE.

TE Y RELACIONES OCLUSALES CON LOS ANTAGONISTAS.

9. LONGITUD Y EXTENSIÓN DE LA PRÓTESIS.
10. ESTÉTICA.
11. POSICIÓN DEL DIENTE.
12. OCUPACIÓN, SEXO Y EDAD DEL PACIENTE.

3.3 PONTICO Y SU DISEÑO

ES EL QUE REEMPLAZA AL DIENTE PERDIDO.

ESTOS PONTICOS DIFIEREN EN LOS MATERIALES EN QUE ESTÁN CONSTRUIDOS Y EN LOS MÉTODOS PARA UNIRLOS AL RESTO DEL PUENTE.

REQUISITOS QUE DEBEN REUNIR ESTOS PONTICOS:

A) RIGIDEZ PARA QUE SOPORTEN LA FUERZA DE OCLUSIÓN.

B) RESISTIR FUERZAS FUNCIONALES PARA IMPEDIR QUE SUFRAN FLEXIONES.

C) DUREZA PARA RESISTIR LOS EFECTOS DE DESGASTE QUE SE SUFREN DURANTE LA MASTICACIÓN.

D) ESTÉTICA.

E) EL MATERIAL DE LOS PONTICOS NO DEBE AFECTAR A LOS TEJIDOS ORALES PARA NO PROVOCAR INFLAMACIONES O IRRITACION.

F) CONTORNO Y ARMONÍA CON LAS OTRAS PARTES DEL PUENTE Y CON LOS DIENTES ANTAGONISTAS, FAVORECIENDO LA HIGIENE DEL PUENTE ASÍ COMO LA DE LOS DIENTES CONTIGUOS A ÉL.

CLASIFICACIÓN

LOS CLASIFICAMOS SEGÚN EL MATERIAL QUE LO FORME Y PUEDE SER: ORO, PORCELANA, ORO COMBINADO Y ORO ACRÍLICO.

LOS PONTICOS COMINADOS. ESTÁN INDICADOS EN LAS REGIONES VISIBLES DE LA BOCA.

LOS PONTICOS DE ORO, ESTÁN INDICADOS EN LOS DIENTES POSTERIORES POR SU ESTÉTICA.

DISEÑO

LOS PONTICOS DEBEN SEMEJARSE A LOS DIENTES PERDIDOS CON RESPECTO A SU MORFOLOGÍA Y COLOR HACIA LOS DEMÁS DIENTES VECINOS.

LOS ESPACIOS PROXIMALES ENTRE EL DIENTE NATURAL Y EL PONTICO DEBEN QUEDAR MÁS ABIERTOS QUE LA DENTICIÓN NATURAL PARA FACILITAR SU HIGIENE.

DISEÑO DE LA BASE DE LOS PONTICOS EN RELACIÓN CON LA MUCOSA

EXISTEN VARIACIONES EN EL DISEÑO DE ACUERDO AL ÁREA DE LA MUCOSA DE LOS DIENTES POR SUBSTITUIR SU ESTÉTICA Y FUNCIÓN.

EL DISEÑO DE LOS PONTICOS POSTERIORES SE CLASIFICAN EN TRES VARIIDADES:

A) PONTICO HIGIÉNICO. LA BASE CERVICAL DE ESTE PONTICO, ES DE FORMA CONVEXA Y QUEDA SEPARADO DE LA MUCOSA POR UN ESPACIO DE 1 MM APROXIMADAMENTE. CON ESTE DISEÑO ES MUY FÁCIL REALIZAR UNA CORRECTA HIGIENE DURANTE EL CEPILLADO O CON HILO DENTAL. ESTE PONTICO ESTÁ INDICADO PARA REEMPLAZAR PREMOLARES Y MOLARES INFERIORES YA QUE ES ANTIESTÉTICO Y ESTA ES LA ZONA MENOS VISIBLE; CON ESTE DISEÑO SE CUMPLEN LOS REQUISITOS FUNCIONALES NO ASÍ LOS ESTÉTICOS.

B) PUNTA DE BALA. PONTICO SUPERPUESTO O ADYACENTE A LA BASE CERVICAL, ESTE TIPO DE PONTICO SE AJUSTA A LA MUCOSA EN LA CARA VESTIBULAR Y EN LA CARA LINGUAL, DESCRIBE

UNA CURVA QUE LO ALEJA DE LA CRESTA DEL REBORDE ALVEOLAR, - ES DECIR, QUE EN ESA ZONA SE ENCUENTRA SEPARADO DE LA MUCOSA. CON ESTE TIPO DE DISEÑO CONSEGUIMOS LA COMBINACIÓN DE UNA BUENA ESTÉTICA EN LA CARA VESTIBULAR Y UN FÁCIL ACCESO EN LA CARA LINGUAL DEL PONTICO PARA SU LIMPIEZA, ESTA ÚLTIMA PORCIÓN DEBERÁ TENER FORMA CONVEXA. ESTE PONTICO ESTÁ - INDICADO CUANDO POR RAZONES ESTÉTICAS ES NECESARIO QUE QUEDA EN CONTACTO CON LA ZONA DE CRESTA ALVEOLAR, ES DECIR QUE PUEDE SER APLICADO EN DIENTES ANTERIORES Y POSTERIORES.

C) PONTICO EN FORMA DE SILLA DE MONTAR. ESTE PONTICO EN SU DISEÑO CERVICAL ES EL QUE SE ADAPTA A TODO EL REBORDE ALVEOLAR Y CONSECUENTEMENTE EL QUE TIENE FORMA MÁS PARECIDA A LOS DIENTES NATURALES, TIENE BASE CÓNCAVA Y ESTÁ - INDICADO EN TODOS AQUELLOS SITIOS EN DONDE SEA IMPORTANTE - LA ESTÉTICA, DIFÍCILMENTE A ESTE PONTICO SE LE PUEDE EFECTUAR UNA LIMPIEZA DE MODO SATISFACTORIO. AL MENCIONAR QUE LA BASE DEL PONTICO SE CONTACTA CON LA CRESTA ALVEOLAR, COMO EN EL CASO DEL PONTICO EN FORMA DE PUNTA DE BALA O DEL - DE FORMA DE SILLA DE MONTAR, CABE ACLARAR QUE ESTA UNIÓN DEBERÁ HACERSE SIN NINGUNA PRESIÓN Y CUANDO SE PRUEBA EL PUENTE EN LA BOCA, HABRÁ QUE FIJARSE QUE LA RELACIÓN DEL MISMO CON EL TEJIDO BLANDO SEA NORMAL, O SEA QUE NO PRODUZCA ISQUEMIA.

VARIEDADES DE PONTICOS

PARA ESTOS PONTICOS EXISTEN GRAN VARIEDAD DE FACES Y RESPALDOS.

PONTICO DE CARIKA DE PERNO LARGO

LAS CARILLAS SON DE PORCELANA COSIDA AL VACÍO, EN VARIEDADES DE FORMA, TONOS Y TAMAÑOS, TIENE DOS PERNOS O ESPIGAS QUE SOBRESALEN DEL RESPALDO DE LA CARILLA LOS CUALES VAN A INSERTARSE EN LOS AGUJEROS DEL RESPALDO DE ORO COLADO.

LA SUPERFICIE DE PORCELANA DE LAS CARILLAS PUEDEN TALLARSE Y AJUSTARSE, ES DECIR SE ADAPTAN SEGÚN SEA EL CASO CLÍNICO, SE PUEDE BISELAR LOS MÁRGENES DE LAS CARILLAS PARA PROTEGERLOS DE POSIBLES FRACTURAS.

SE PUEDEN PROTEGER CON ORO EN OCLUSAL O INCISAL, - PARA QUE ESTAS CARILLAS SE DETENGAN Y TENGAN ESA PROTECCIÓN, AL FINALIZAR LA FABRICACIÓN DE ESAS CARILLAS SE REMACHAN - LOS PERNOS. SI LOS PERNOS NO REBASAN NO EXISTE PROBLEMA, - PERO, SI REBASAN EL FONDO METÁLICO SE DESGASTA HASTA EMPAREJAR LOS PERNOS CON EL RESPALDO.

ESTOS RESPALDOS SE USAN EN TODOS LOS DIENTES, TIENEN GRAN DURABILIDAD Y SE ADAPTA A CUALQUIER TIPO DE TERMI-

NACIÓN CERVICAL.

PONTICOS CON CARILLAS DE STEELE DE RESPALDO PLANO SE FABRICAN CON PORCELANA, PERO SOLAMENTE ESTÁN INDICADOS EN INCISIVOS SUPERIORES PORQUE NO DEJAN VER EL ORO. SU PRINCIPAL VENTAJA ES QUE SE REEMPLAZAN EN CASO DE FRACTURAS.

A ESTAS CARILLAS NO SE LES PUEDE CORTAR Y BISELAR, SE LES DESLIZAN A TRAVÉS DEL RESPALDO METÁLICO DESDE EL TERCIO INCISAL HASTA EL TERCIO CERVICAL, EN SU SUBSTITUCIÓN ES MUY FÁCIL Y CÓMODO.

LA CARILLA SE ADAPTA A CUALQUIER CASO CLÍNICO, CONECTA AL RESPALDO METÁLICO QUE SE HA COLOCADO EN ORO CON UN PERNO CENTRAL QUE SE ADAPTA AL CENTRO DE LA CARILLA, CEMENTÁNDOSE EL PERNO DEL RESPALDO METÁLICO QUE ESTÁ UNIDO A ÉL EN FORMA PARALELA.

PONTICO HIGIÉNICO STEELE

SE USAN EN MOLARES Y PREMOLARES INFERIORES. LA PORCELANA SE ADAPTA A LA CARILLA A UN PERNO QUE ESTÁ EN EL RESPALDO METÁLICO CON LA ENCÍA, VARIANTE QUE NO SE ADAPTA AL REBORDE ALVEOLAR.

EL ÚNICO OBJETO DE ESTE PONTICO ES QUE SE SUPONE -
 QUE EN DETERMINADOS CASOS CLÍNICOS LA PORCELANA ES MÁS APRO-
 PIADA QUE EL ORO PARA MANTENER LA SALUD DE LA MUCOSA.

PONTICO CON CARILLA DE PERNO INVERSO

SE USAN DIENTES DE PORCELANA PARA DENTADURAS COMO
 FACETAS. ESTOS SE MANTIENEN EN POSICIÓN CON PERNOS DE ORO,
 ES UNA SITUACIÓN OPUESTA A LA CARILLA DE PERNO LARGO Y RE -
 SUELVE UNA GRAN CANTIDAD DE CASOS CLÍNICOS.

LA DISTRIBUCIÓN DE FUERZAS EN ESTE TIPO DE PONTICO
 ES MEJOR QUE LOS OTROS TIPOS, SE DEBE A LA UNIÓN DE VARIOS
 PERNOS UNIDOS A LA PORCELANA Y EL RIESGO DE FRACTURA SERÁ -
 MÍNIMO.

EN CASO DE FRACTURA LA CARILLA PARA SU REEMPLAZO -
 SERÁ DIFÍCIL.

SU DISEÑO Y ADAPTACIÓN SON SIMILARES AL DE LOS PER-
 NOS LARGOS.

PONTICO DE ACRÍLICO

SON MUY RESISTENTES Y SE PUEDEN ADAPTAR A CUAL -
 QUIER SITUACIÓN CLÍNICA, SU REEMPLAZO ES DIFÍCIL Y FRECUEN-
 TEMENTE TENDRÁ QUE HACERSE EL PUENTE EN CASOS DE FRACTURAS.

SU CONSTITUCIÓN ES A BASE DE RESINAS ACRÍLICAS DE POLIMERIZACIÓN AL CALOR, EL TIPO DE RETENCIÓN QUE SE DARÁ EN LOS RESPALDOS PARA MAYOR ADAPTACIÓN DE ESTAS RESINAS SERÁN EN FORMA DE PUNTOS, GRANULITOS O EN FORMA DE MÚLTIPLES ESPIGUITAS Y POSTERIORMENTE SE PROCESA EL ACRÍLICO EMUFLÁNDOLO.

PONTICO DE PORCELANA FUNDIDA

EN ESTE TIPO DE PONTICO, SE PUEDE COLOCAR LA PORCELANA TANTO EN INCISAL COMO EN CERVICAL. PARA TENER MEJOR ESTÉTICA, LA PORCELANA SE HORNEA CON LA ESTRUCTURA DEL PUENTE, UNA VEZ SOLDADO TODAS LAS PARTES DEL PUENTE, SE LE COLOCA DICHA PORCELANA PARA QUE SEA FUNDIDA. ES MUY DIFÍCIL REEMPLAZARLA EN CASO DE QUE SE FRACTURE LA PORCELANA.

PONTICO COMPLETO DE ORO

SU INDICACIÓN ES EN DIENTES POSTERIORES INFERIORES.

EL DISEÑO DE ESTE PONTICO ES EL MISMO QUE EL TERMINADO CERVICAL HIGIÉNICO, ES DE FÁCIL CONSTRUCCIÓN Y ES MUY RESISTENTE.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS DE LOS PROVISIONALES

ES UNA SERIE DE PROCEDIMIENTOS QUE SE EMPLEAN DURANTE LA PREPARACIÓN DE UN PUENTE PARA PRESERVAR A LOS DIENTES PREPARADOS DEL MEDIO AMBIENTE BUCAL Y MANTENER LA FUNCIÓN Y LA ESTÉTICA DE LA CAVIDAD ORAL.

EXISTEN DIVERSOS TIPOS DE TRATAMIENTOS PROVISIONALES, COMO POR EJEMPLO OBTURACIONES TEMPORALES, PUENTES REMOVIBLES, PUENTES FIJOS, MANTENEDORES DE ESPACIO, ETC.

LOS OBJETIVOS DE LOS PROVISIONALES SON:

1. RESTAURAR O CONSERVAR LA ESTÉTICA.
2. MANTENER LOS DIENTES EN SU POSICIÓN Y EVITAR SU ERUPCIÓN O INCLINACIÓN.
3. RECUPERAR LA FUNCIÓN Y PERMITIR QUE EL PACIENTE PUEDA MASTICAR DE MANERA SATISFACTORIA HASTA QUE SE CONS TRUYA EL PUENTE.

4. PROTEGER LA DENTINA Y LA PULPA DENTARIA.

5. PROTEGER LOS TEJIDOS GINGIVALES DE TODA CLASE DE TRAUMATISMOS. LAS OBTURACIONES PROVISIONALES ESTÁN INDICADAS SOBRE TODO EN DOS CASOS:

A) PARA PROTEGER AL DIENTE PREPARADO ENTRE UNA VISITA Y OTRA AL CONSULTORIO MIENTRAS SE LE COLOCA EL TRABAJO DEFINITIVO.

B) PARA ELIMINAR LESIONES DE CARIES EN DIENTES QUE SIRVAN DE PILARES EN UN TRATAMIENTO PROTESICO POSTERIOR. PARA CUMPLIR CON ESTOS OBJETIVOS TENEMOS CEMENTOS DE FOSFATO DE ZINC, ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL, APOSITOS DE CURACIÓN TEMPORAL, NINGUNO DE ESTOS CEMENTOS RESISTEN MUCHO TIEMPO LA ACCIÓN ABRASIVA Y SOLVENTE A QUE ESTÁN SOMETIDAS EN LA BOCA, SE PUEDEN UTILIZAR CON ÉXITO EN CAVIDADES INTRACORONALES PEQUEÑAS, NO MÁS DE SEIS MESES, TENDRÁN MAYOR DURACIÓN EN LAS CAVIDADES DE CLASE V Y III, PORQUE NO ESTÁN SOMETIDAS A LA OCLUSIÓN, DEBEMOS EVITAR LOS CEMENTOS IRRITANTES TIPO FOSFATO DE ZINC, EN CAVIDADES MUY PROFUNDAS SIN ANTES COLOCAR UNA BASE SEDANTE. LOS CEMENTOS DE ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL NO TIENEN ACCIÓN IRRITANTE PERO NO SON TAN RESISTENTES COMO LOS ANTERIORES.

CORONA DE RESINA. HAY DOS TIPOS, LAS QUE PODEMOS ELABORAR CON ACRÍLICOS RÁPIDOS O LAS PREFABRICADAS DE POLI-CARBONATO, QUE VIENEN EN UNA GRAN VARIEDAD DE TAMAÑOS, FORMA Y COLOR PARA ADAPTARLAS TANTO EN LOS DIENTES INFERIORES COMO SUPERIORES, SE CEMENTAN PROVISIONALMENTE CON ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL.

TÉCNICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CORONAS Y PUENTES PROVISIONALES DE RESINAS ACRÍLICAS EN EL CONSULTORIO

CORONA PROVISIONAL. MÉTODO DIRECTO. SE TOMA UNA IMPRESIÓN CON HIDROCOLOIDE IRREVERSIBLE (ALGINATO), TAL COMO LLEGA EL PACIENTE AL CONSULTORIO, SE DEJA ESTA IMPRESIÓN EN UN AMBIENTE HÚMEDO.

1. SE EFECTÚA LA PREPARACIÓN DEL MUÑÓN.
2. SE SECA LA IMPRESIÓN.
3. SE PREPARA EL ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE DEL COLOR DIENTE EN UN GODETE Y CUANDO ESTÁ A PUNTO DE HEBRA, SE INTRODUCE EN LA HUELLA QUE DEJÓ EL DIENTE EN LA IMPRESIÓN ANTES DE SER PREPARADA.
4. SE LUBRICA EL MUÑÓN CON SEPARADOR HASTA LOS TE JIDOS BLANDOS.

5. SE LLEVA LA IMPRESIÓN QUE CONTIENE EL ACRÍLICO A LA BOCA DEL PACIENTE Y SE PRESIONA EN POSICIÓN.

6. ANTES DE LA REACCIÓN TÉRMICA, SE DEBE RETIRAR LA IMPRESIÓN.

7. UNA VEZ POLIMERIZADO EL ACRÍLICO, SE RECORTA Y SE ADAPTA.

8. SE PULE CON POLVO DE PIEDRA POMEZ O BLANCO DE ESPAÑA Y SE CEMENTA CON ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL. EN CASO DE QUE SE TRATE DE LA ELABORACIÓN DE UN PUENTE PROVISIONAL DEBERÁ SEGUIR LOS MISMOS PASOS, PERO TOMANDO EN CUENTA QUE LA IMPRESIÓN SE DEBERÁ TOMAR PREVIAMENTE A LAS EXTRACCIONES Y A LAS PREPARACIONES DE LOS PILARES. NOTA: ESTE MÉTODO SE DEBE USAR CON LAS RESERVAS DEL CASO, YA QUE SE PUEDE PRODUCIR IRRITACIÓN PULPAR Y MOLESTIAS AL PACIENTE EN GENERAL. EN CASO DE QUE EL DIENTE O DIENTES POR PREPARAR ESTÉN SEMI-DESTRUIDOS SE RESTAURA EL DIENTE EN EL PACIENTE CON CERA ROSA Y SE PROSIGUE EFECTUANDO TODOS LOS PASOS ANTES DESCRITOS DEL PRIMERO AL ÚLTIMO.

MÉTODO INDIRECTO PARA PUENTE PROVISIONAL

1. SE PREPARAN LOS MUÑONES.

2. SE TOMA LA IMPRESIÓN CON ALGINATO.
3. SE CORRE EL YESO PARA ELABORAR UN MODELO DE TRABAJO.
4. SE ELABORAN LAS RESTAURACIONES INDIVIDUALES O EL PUENTE COMPLETO (EN CASO DE QUE EL PACIENTE PRESENTE BRECHAS DESDENTADA) CON CERA ROSA SOBRE EL MODELO DE TRABAJO.
5. A ESTO SE LE TOMA UNA IMPRESIÓN CON ALGINATO.
6. SE SECA LA IMPRESIÓN Y SE COLOCA ACRÍLICO DE AUTO POLIMERIZACIÓN DEL COLOR DEL DIENTE, EN LAS HUELLAS DE LA IMPRESIÓN.
7. SE LLEVA EN POSICIÓN AL MODELO DE TRABAJO, UNA VEZ QUE SE LE HA RETIRADO LA RECONSTRUCCIÓN EN CERA ROSA, PREVIAMENTE IMPREGNADA CON SEPARADOR.
8. UNA VEZ POLIMERIZADO SE RETIRA, SE RECORTA Y ADAPTA AL CASO CLÍNICO.
9. SE PULE EL TRABAJO Y SE CEMENTA CON ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL.

CORONAS METÁLICAS. EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE CORONAS METÁLICAS QUE SE PUEDEN APLICAR COMO RESTAURACIÓN PROVISIONALES; LAS HAY DE ACERO INOXIDABLE Y DE ALUMINIO PREFABRICADAS, ESTAS CORONAS SE TIENEN QUE ADAPTAR Y CONTORNEAR CON PIEDRAS Y DISCOS PARA CADA CASO CLÍNICO. ESTÁN INDICADAS PARA PREPARACIÓN DE MUÑÓN, CORONAS PARCIALES TRES CUARTOS Y ONLAY, TAMBIÉN SE PUEDE EMPLEAR UN COLADO METÁLICO COMO RESTAURACIÓN INTERINA DE ALEACIÓN DE PLATA O DE ORO, SE CEMENTA PROVISIONALMENTE CON ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL.

PRÓTESIS INMEDIATA. ESTE TIPO DE PRÓTESIS PROVISIONAL TIENE POR OBJETO, ADEMÁS DE REEMPLAZAR UNO O MÁS DIENTES PERDIDOS, CONSERVAR LA ESTÉTICA Y MANTENER EL ESPACIO HASTA QUE SE PUEDA HACER UN PUENTE DEFINITIVO. TIENE LA VENTAJA QUE SE PUEDE ELABORAR PREVIAMENTE A LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES Y QUE SE COLOCA EN LA MISMA CITA EN QUE SE HACEN LAS EXTRACCIONES, POR EJEMPLO, SI HAY QUE EXTRAER LOS CUATRO INCISIVOS SUPERIORES DEBIDO A INFECCIONES PARODONTALES INTRATABLES, PROGRAMAMOS EL TRATAMIENTO DE NUESTRO PACIENTE DE TAL MANERA QUE EN LA PRIMERA CITA SE TOMARÁN LAS IMPRESIONES NECESARIAS PARA PODER ELABORAR SOBRE EL MODELO DE TRABAJO EL PUENTE REMOVIBLE PROVISIONAL Y EN LA SIGUIENTE CITA YA CON EL PUENTE TERMINADO Y CONTROLADA LA HEMORRAGIA DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES, SE COLOCA EL PUENTE EN POSICIÓN Y SE PRESIONA A QUE ALCANCE SU NIVEL ADECUADO. ESTE PUENTE ES REMOVIBLE Y SE LE TIENE EN LA BOCA, POR ME -

DIO DE RETENEDORES EXTRACORONALES O GANCHOS, SE ELABORA CON ACRÍLICO ESTÉTICO, SENCILLO Y LIVIANO, ESTE TIPO DE PUENTE NO DEBE PERMANECER EN LA BOCA MUCHO TIEMPO, MÁXIMO SEIS SEMANAS Y HABRÁ QUE SUSTITUIRLO POR UNO DEFINITIVO, TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE YA SEA FIJO O REMOVIBLE, PUES LOS TEJIDOS BLANDOS VOLVERÁN A SU NIVEL NORMAL Y LA PRÓTESIS INMEDIATA QUEDARÁ DESAJUSTADA.

TAMBIÉN ES FACTIBLE COLOCAR UNA PRÓTESIS INMEDIATA FIJA ES DECIR, QUE ADEMÁS DE HACER LAS EXTRACCIONES, SE PREPAREN LOS DIENTES PILARES A CADA LADO DE LA BRECHA Y EL PUENTE SE CEMENTE EN ELLOS, PARA DESPUÉS DE UN TIEMPO PERTINENTE SE SUPLA POR UNO DEFINITIVO.

CAPÍTULO V

MATERIAL DE IMPRESIÓN (SILICONES)

CLASIFICACIÓN DE LOS MATERIALES DE IMPRESIÓN

- | | |
|-----------|--|
| RÍGIDOS | A) YESO SOLUBLE |
| | B) MODELINA |
| | C) COMPUESTOS ZINQUENOLICOS |
| ELÁSTICOS | A) HIDROCOLOIDES REVERSIBLES E IRREVERSIBLES |
| | B) MERCAPTANOS |
| | C) SILICONES |

LOS SILICONES ESTÁN DENTRO DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS MATERIALES ELÁSTICOS.

LOS MERCAPTANOS Y SILICONES SON LOS MÁS INDICADOS EN PRÓTESIS PARCIAL Y PARA RELACIÓN DE MODELOS.

LOS SILICONES SON POLIMEROS SINTÉTICOS COMPUESTOS POR UNA BASE Y UN REACTOR.

BASE. CONTIENE POLIDIMETIL SILOXANO Y POLIETIL-SILICATO QUE AGREGADO UN RELLENO INHERTE DE PARTÍCULAS FINAS DE SILICE FORMAN UNA PASTA.

REACTOR. ES UN COMPUESTO FORMADO POR OCTOATO DE - ESTAÑO O SILICATO DE ETILO, ESTOS REACTORES EN ALGUNAS OCA- SIONES LIBERAN HIDRÓGENO QUE LESIONAN LAS SUPERFICIES DE - LOS MODELOS DE YESO, POR LO TANTO ES CONVENIENTE AGREGAR UN ACEPTOR DE HIDRÓGENO COMO EL ÓXIDO DE CROMO O DE ALDEHIDO O LOS DOS.

5.1 TÉCNICA DE IMPRESIÓN

EN EL CASO DE LOS MATERIALES A BASE DE SILICONA, SE PRESENTA EN DOS TUBOS EN COLOR PASTEL MÁS AGRADABLE AL - PACIENTE.

DE LAS TÉCNICAS APLICABLES ESTE TIPO DE COMPUESTOS LA MÁS UTILIZADA ES LA TÉCNICA DE LA JERINGA Y LA CUBETA, - LA OTRA TÉCNICA ES LA DE DOS TIEMPOS.

EN FORMA GENERAL, EL PRIMER MÉTODO CONSISTE EN IN- YECTAR UN CAUCHO DE POCO ESPESOR EN LOS DETALLES DE LA PRE- PARACIÓN DE LOS DIENTES POR MEDIO DE UNA JERINGA ESPECIAL - PARA ESTE FIN, INMEDIATAMENTE DESPUÉS SE COLOCA EN POSICIÓN

SOBRE TODA LA ZONA UNA CUBETA CARGADA DE UN CAUCHO DE MAYOR PESO.

UNA VEZ QUE HA FRAGUADO LA IMPRESIÓN SE RETIRA LA CUBETA COMPLETA CON LA IMPRESIÓN.

EN LA TÉCNICA DE DOS TIEMPOS, SE TOMA PRIMERO UNA IMPRESIÓN DE LA BOCA CON UN MATERIAL MÁS COMPACTO, Y YA ENDURECIDO SE RETIRA DE LA BOCA.

SE APLICA UNA CAPA FINA DE MEZCLA DE CAUCHO FINO - SOBRE LA PREPARACIÓN DE LA IMPRESIÓN YA OBTENIDA Y ÉSTA SE - VUELVE A COLOCAR EN LA BOCA AJUSTÁNDOLA FIRMEMENTE. SE RETIRARÁ AL ENDURECER EL MATERIAL.

EN EL CASO DE LA TÉCNICA DE LA JERINGA Y DE LA CUBETA, ES NECESARIO TOMAR EN CUENTA ALGUNOS DETALLES.

SE PROCURARÁ CONFECCIONAR UNA CUBETA PARA CADA CASO, ESTO ES DEBIDO A QUE SE OBTIENEN MEJORES RESULTADOS EMPLEANDO EL CAUCHO EN CAPAS FINAS, QUE TENGA ESTE UN ESPESOR DE 3-4 MM, SE LE COLOCARÁ UN MANGO QUE DEBE SALIR DE LA CRESTA DEL BORDE Y NO INTERFERIR CON LOS LABIOS, SU LONGITUD APROXIMADA ES DE 25.4 MM. SE COLOCAN GUÍAS OCLUSALES EN DIENTES NO INCLUIDOS EN LAS PREPARACIONES. LA PERIFERIA DE LA CUBETA SE PROCURARÁ TERMINARLA AL NIVEL DEL MARGEN -

GINGIVAL, EXCEPTO EN DIENTES CON PREPARACIONES DONDE SE EXTENDERÁ UNOS 3 MM MÁS ALLÁ DEL BORDE GINGIVAL.

PARA LA CONFECCIÓN DE LA CUBETA SE UTILIZARÁ EL MODELO DE ESTUDIO.

SOBRE ÉSTE SE COLOCAN DOS LÁMINAS DE CERA QUE SERVIRÁN COMO PLATO BASE ADAPTÁNDOLAS AL MODELO, CUIDANDO QUE LLEGUEN HASTA LA ZONA DE INSERCIÓN DE LA ENCÍA. SE RECORTA LA CERA A NIVEL DE LOS DIENTES ELEGIDOS PARA QUE SIRVAN COMO GUÍA OCLUSAL. ESTOS DIENTES NO DEBEN PRESENTAR PREPARACIONES. SE HACEN TRES GUÍAS: UNA INCISAL Y DOS POSTERIORES.

SOBRE ESTA BASE SE COLOCARÁ UNA LÁMINA DE RESINA ACRILICA AUTOPOLIMERISABLE RECORTÁNDOLA A NIVEL DE LA CERA. SE LE COLOCA UN MANGO DEL MISMO MATERIAL, SE RETIRA ANTES QUE LA RESINA ENDUREZCA POR COMPLETO.

PARA RETENCIÓN DEL MATERIAL DE IMPRESIONES, SE BARNIZARÁ SU CARA INTERIOR CON ALGUNA SUSTANCIA ADHESIVA, PUDIENDO HACER TAMBIÉN RETENCIONES ADICIONALES CON UNA FRESA.

EN CUANTO A LA JERINGA, ESTA DEBE ESTAR DISEÑADA DE TAL MANERA QUE PERMITA UN LLENADO POR ASPIRACIÓN, SI EL TUBO ES DE PLÁSTICO TRANSPARENTE SE PODRÁ VIGILAR CON FACI-

LIDAD LA CANTIDAD DE CONTENIDO. ES CONVENIENTE TENER BOQUILLAS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA PODER IMPRESIONAR INCLUSO - CANALES PARA PINS.

PARA MEZCLAR LA PASTA DE IMPRESIÓN SE UTILIZA UNA ESPÁTULA DE ACERO INOXIDABLE DE HOJA DURA DE UNA LONGITUD - ENTRE 90 Y 100 MM. CADA FABRICANTE PRESENTA SUS INSTRUCCIONES PARA MEZCLARLA, LA CARGA DE LA CUBETA SE HACE CON LA MISMA ESPÁTULA CON QUE SE HIZO LA MEZCLA, ES CONVENIENTE DE POSITARLA PASANDO LA ESPÁTULA POR LA PERIFERIA DEL LADO LINGUAL PARA EVITAR EXCEDENTE POR LA PARTE VESTIBULAR.

ANTES DE TOMAR UNA IMPRESIÓN ES NECESARIO UNA PREPARACIÓN PREVIA DE LA BOCA; SE LIMPIARÁ LA BOCA Y LAS PREPARACIONES, SE HACE LA ELIMINACIÓN EN LO QUE SEA POSIBLE DE - HUMEDAD Y SALIVA Y FINALMENTE SE COLOCAN LOS APOSITOS PARA RETRAER LOS TEJIDOS.

LA RETRACCIÓN DE LOS TEJIDOS PUEDE SER DE DOS MANERAS: LA QUE COMPRENDE LA SEPARACIÓN MECÁNICA DEL TEJIDO Y LA OTRA QUE COMPRENDE LA RETRACCIÓN FISIOLÓGICA DE ESTE.

PARA EL PRIMER MÉTODO SE COLOCA UN APOSITO MECÁNICO HECHO DE PASTA DE ÓXIDO DE ZINC-EUGENOL IMPREGNADO EN FIBRAS DE ALGODÓN QUE SE EMPACAN EN LA ZONA GINGIVAL, Y SOBRE EL APOSITO SE COLOCA UNA CURACIÓN PARA MANTENERLO EN SU LU-

GAR. SE DEJA POR ESPACIO DE 24 HORAS.

LA RETRACCIÓN FISIOLÓGICA DEL TEJIDO GINGIVAL SE LOGRA MEDIANTE LA COLOCACIÓN DE UN HIJO IMPREGNADO DE UN VA SOCONSTRICTOR O DE UN ASTRINGENTE.

SE DEJA POR ESPACIO DE 15 MIN. MÁS O MENOS HASTA QUE EL TEJIDO SE NOTE IZQUEMICO, SE INYECTA LA PASTA DE IMPRESIÓN INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RETIRAR EL HILO. AL COLOCARSE HAY QUE TENER ALGUNA PRECAUCIONES; CORTARLO EN PEDAZOS CORTOS QUE NO LLEGUEN A RODEAR AL DIENTE SIN QUEDAR SOBRE LA MUCOSA VESTIBULAR. AL EMPACARLO EN EL SURCO GINGIVAL SE DIRIGIRÁ EL MOVIMIENTO CONTRA EL HILO YA EMPACADO Y HACIA EL FONDO DEL SURCO PARA EVITAR UN SANGRADO ABUNDANTE. EL REACTIVO MÁS USADO ES EL HIDROCLORURO DE ADRENALINA.

TÉCNICA

VARÍA DE ACUERDO AL CASO EN PARTICULAR Y AL TIPO DE MATERIAL DE IMPRESIÓN QUE SE UTILICE. EN ESTE CASO, DESCRIBIMOS LA TÉCNICA A SEGUIR CUANDO SE UTILIZA MERCAPTANO Y SILICONES.

-PREPARACIÓN DEL MATERIAL. SE PRUEBA LA CUBETA EN LA BOCA, ÉSTA YA DEBE ESTAR BARNIZADA CON ALGÚN ADHESIVO. LA JERINGA LISTA CON EL ÉMBOLO LUBRICADO PARA ASPIRAR MEJOR EL MATERIAL, SE CORTAN LOS PEDAZOS DE HILO PARA LA RETRAC-

CIÓN GINGIVAL.

-SE PREPARAN DOS LOSETAS PARA EL BATIDO DEL MATERIAL, UNA PARA LA MEZCLA QUE IRÁ EN LA CUBETA Y OTRA PARA LA QUE IRÁ EN LA JERINGA.

-SE PREPARA LA BOCA. SE QUITAN LAS RESTAURACIONES PROVISIONALES Y SE PIDE AL PACIENTE QUE SE ENJUAGUE CON ALGÚN ASTRINGENTE. SE COLOCA UN EYECTOR DE SALIVA Y SE COLOCA ALGODÓN EN EL ÁREA. SE SECAN LOS DIENTES CON ALGODÓN Y LAS ZONAS INTERPROXIMALES CON LA JERINGA DE AIRE.

-SE COLOCA EL RETRACTOR GINGIVAL EN CADA DIENTE PREPARADO. SE PUEDE UTILIZAR UNA SONDA O UN EXPLORADOR PARA ESTE FIN.

-SE MEZCLA EL MATERIAL QUE SE USARÁ EN LA JERINGA, SE CARGA ÉSTA Y SE MEZCLA PARA LA CUBETA.

-SE RETIRA EL RETRACTOR GINGIVAL, LOS ROLLOS DE ALGODÓN E INMEDIATAMENTE SE INYECTA EL MATERIAL EN LA PREPARACIÓN DE MESIAL A DISTAL ASÍ COMO EN SURCO GINGIVAL Y EL RESTO DEL DIENTE.

-SE COLOCA LA CUBETA LLENA EN LA BOCA HASTA QUE COINCIDAN LAS GUÍAS OCLUSALES Y SE MANTIENE FIJA EN LA BOCA

HASTA QUE TERMINE EL FRAGUADO.

-SE RETIRA DE LA BOCA EN DIRECCIÓN DE LA LÍNEA DE ENTRADA DE LAS PREPARACIONES.

PARA PODER IMPRESIONAR LOS CANALES DE PINS ES NECESARIO HACERLO CON UNA BOQUILLA PUNTIAGUDA Y PEQUEÑA COMO LA DEL TUBO DE CEMENTO CONDIT QUE SE PUEDE ADAPTAR A LA BOQUILLA ORIGINAL. SE INTRODUCE LA BOQUILLA LO MÁS PROFUNDAMENTE POSIBLE EN EL CANAL DEL PINS Y SE VA LLENANDO EL CANAL DEL FONDO HACIA ARRIBA. TAMBIÉN SE PUEDE INTRODUCIR EL MATERIAL MEDIANTE UN LENTULO. ASÍ MISMO, SE PUEDE COLOCAR PINS DE PLÁSTICO EN LOS CANALES Y SE TOMA LA IMPRESIÓN SOBRE ELLOS.

CAPÍTULO VI

IMPORTANCIA DE LA PRÓTESIS EN LA OCLUSIÓN

PARA LA ELABORACIÓN DE UNA PRÓTESIS FIJA DEBEMOS -
DE TOMAR EN CUENTA QUE LA PRÓTESIS QUEDE EN ARMONÍA CON LA
OCCLUSIÓN DEL PACIENTE, YA QUE ES MUY FRECUENTE EL FRACASO -
DE ESTAS PRÓTESIS DEBIDO A UNA MALA RELACIÓN OCLUSAL.

PARA ESTO DEBEMOS EXAMINAR LAS RELACIONES ESTÁTI -
CAS, FUNCIONALES ENTRE LAS ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULA -
RES Y LOS DIENTES. ESTA EXPLORACIÓN SE INICIA GENERALMENTE
CON EL MAXILAR EN POSICIÓN DE REPOSO, EL CIERRE DESDE LA PO -
SICIÓN DE REPOSO HASTA EL CONTACTO OCLUSAL MÁXIMO DEBE HA -
CERSE EN LÍNEA RECTA Y VER SI EXISTE DESVIACIÓN CUANDO LOS
DIENTES SE PONEN EN CONTACTO.

UNA IMPORTANTE CONSIDERACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LA
OCCLUSIÓN SON LAS RELACIONES FUNCIONALES DE CONTACTO ENTRE -
LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES.

CUANDO LOS DIENTES SE PONEN EN CONTACTO EN RELA -
CIÓN CÉNTRICA SI EL SONIDO ES AGUDO BIEN DEFINIDO CON ACTI-

VIDAD MUSCULAR EQUILIBRADA ESTO SERÁ UNA OCLUSIÓN ESTABLE Y CUANDO ES INESTABLE DARÁ ORIGEN A SONIDOS DESIGUALES Y DE DIFERENTES TONALIDADES. LOS MOVIMIENTOS DE CONTACTO EN LAS DIVERSAS DIRECCIONES DEBEN EFECTUARSE SUAVEMENTE Y NO ESTAR ESTORBADAS O RESTRINGIDAS POR INTERFERENCIAS OCLUSALES. SIN EMBARGO LAS ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES Y LA OCLUSIÓN SE PONEN DE MANIFIESTO DE FORMA IMPORTANTE EN LA RELACIÓN CÉNTRICA, AUNQUE ESTA POSICIÓN LÍMITE DE LOS MOVIMIENTOS DEL MAXILAR SE ALCANZARA ÚNICAMENTE BAJO CIERTAS CONDICIONES. EN RELACIÓN CÉNTRICA SE DEBE LOGRAR QUE LAS DOS ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES ESTÉN SIMULTÁNEAMENTE CENTRADAS EN POSICIÓN ARMONIOSA.

LOCALIZACIÓN DE LA RELACIÓN CÉNTRICA

LA PARTE MÁS DIFÍCIL DE UN ANÁLISIS DEL APARATO MASTICATORIO ES LA LOCALIZACIÓN DE LA RELACIÓN CÉNTRICA Y EN PACIENTES CON MÚSCULOS MAXILARES TENSOS O CON DOLOR EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR.

LA RELACIÓN CÉNTRICA ES NORMALMENTE UNA POSICIÓN LIGAMENTOSA DETERMINADA POR LOS LIGAMENTOS Y ESTRUCTURAS DE LAS ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES. SIN EMBARGO LA ACCIÓN FIJADORA MUSCULAR ASOCIADA CON DOLOR, HIPERTONICIDAD SEVERA, INTERFERENCIAS OCLUSALES Y TENSIÓN PSÍQUICA, PUEDEN INTERFERIR CON LA COLOCACIÓN DEL CONDILO DENTRO DE LA CAVIDAD GLENOIDEA EN LA POSICIÓN DE BISAGRA O ESTACIONARIA MÁS ALTA A

LA RELACIÓN CÉNTRICA. EL PRINCIPAL REQUISITO PARA LA RELACIÓN ES EL RELAJAMIENTO COMPLETO DE LOS MÚSCULOS MAXILARES DEL PACIENTE.

EXISTEN TRES FACTORES QUE PUEDEN INDUCIR A TENSIÓN MUSCULAR ANORMAL EN RELACIÓN CÉNTRICA, TENSIÓN PSÍQUICA, EMOCIONAL Y DOLOR EN LAS ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES Y OTRAS PARTES DEL APARATO MASTICADOR.

PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER RELACIÓN CÉNTRICA (O RELACIÓN DE BISAGRA)

EL MEJOR MÉTODO CONOCIDO ES EL ARCO GOTICO O TRAZO DE GYSI, QUE PUEDE SER FIJADO A LOS DIENTES MEDIANTE EL USO DE UN OCLUSOR, DE UN TORNILLO CENTRAL Y UN TRAZO EXTRABUCAL. ESTE MÉTODO TIENE EL INCONVENIENTE QUE ES INCÓMODO AL PACIENTE Y PUEDE DAR UN FALSO TRAZO.

MONTAJE Y ANÁLISIS DE MOLDES EN EL ARTICULADOR

LOS MOLDES ADECUADAMENTE MONTADOS CONSTITUYEN UN AUXILIAR IMPORTANTE EN EL ANÁLISIS DE LAS RELACIONES FUNCIONALES OCLUSALES, PROPORCIONAN LA OPORTUNIDAD DE ESTUDIAR LAS RELACIONES OCLUSALES DESDE EL LADO LINGUAL Y NOS DA UNA VISIÓN DE LAS FACETAS OCLUSALES.

PROCEDIMIENTOS PARA EL MONTAJE DE MOLDES

ANTES DE FABRICAR LOS MOLDES SE DEBE EFECTUAR UN

EXAMEN PRELIMINAR DE LA OCLUSIÓN Y ELIMINAR LAS GRANDES INTERFERENCIAS OCLUSALES EN RELACIÓN CÉNTRICA.

ESTABLECIMIENTO DEL EJE DE BISAGRA

EL EJE DE BISAGRA CONVENCIONAL SE LOCALIZA MIDIENDO CON LA REGLA FLEXIBLE DESDE LA PARTE MEDIA DEL TRAGUS DE LA OREJA HASTA EL ÁNGULO EXTERNO DEL OJO, PARA ESTO SE COLOCA UNA SEÑAL CON EL LÁPIZ A 13 MM POR DELANTE DEL BORDE DEL TRAGUS. LA REGLA DEBE APENAS TOCAR EL TRAGUS Y LA SEÑAL DEBE HACERSE EN ÁNGULO RECTO SOBRE ELLA PARA FACILITAR TODA VÍA MÁS EL CENTRADO DEL BRAZO CÓNCAVO DEL ARCO FACIAL.

SE DEBE TAMBIÉN PALPAR Y HACER UNA MARCA EN LA PIEL SOBRE LA ESCOTADURA INFRAORBITARIA SI EL ARTICULADOR TIENE DISPOSITIVO PARA REGISTRAR EL PLANO AXIAL INFRAORBITARIO.

EMPLEO DE LA HORQUILLA DE MORDIDA

SE PONEN DOS O TRES CAPAS DE CERA PARA PLACA BASE (CERA DURA) CALENTADA, SOBRE LA HORQUILLA DE MORDIDA SE COLOCA ENTRE LOS DIENTES DEL PACIENTE. EL MANGO DE LA HORQUILLA ESTARÁ ORIENTADO UNOS 10° A 15° HACIA UN LADO A FIN DE EVITAR INTERFERENCIAS AL MONTAR EL MOLDE CON EL CLAVO INCISIVO Y CON LA MESA DEL ARTICULADOR. SE LE INDICA AL PACIENTE QUE MUERDA LENTAMENTE LA CERA HASTA QUE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS DIENTES DE AMBAS ARCADAS PROPORCIONAN FIR-

ME APOYO A LA HORQUILLA Y QUE NO DEBE MORDER A TRAVÉS DE LA CERA HASTA LLEGAR AL METAL, YA QUE PUEDE DOBLARSE O ENDERIZARSE AL SACARLA DE LA BOCA, PORQUE SI SE PRESENTA ESTO LOS MOLDES NO AJUSTARÁN DE MANERA ADECUADA EN LAS IMPRESIONES DE LA CERA.

DESPUÉS DE SACAR LA HORQUILLA SE COLOCA EL MOLDE DEL MAXILAR SUPERIOR SOBRE LA CERA, SE LE BUSCA LOS POSIBLES CONTACTOS CON LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA. SI HAY CONTACTO SE RECORTA CUANDO MENOS 1 MM DEL GROSOR DE LA CERA EN ESTAS ÁREAS, TAMBIÉN SE RECORTARÁN ALGO DE CERA DE LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DE LOS DIENTES DE MANERA QUE LAS PUNTAS DE LAS CÚSPIDES Y LOS BORDES INCISIVOS DE LOS DIENTES DEL MOLDE SE ASIENTAN ADECUADAMENTE EN LA MORDIDA DE CERA.

EMPLEO DEL ARCO FACIAL

SE EMPLEA LA MORDIDA DE CERA Y SE INTRODUCE NUEVAMENTE LA HORQUILLA EN LA BOCA HACIENDO QUE MUERDA EN LAS MARCAS DE OCLUSIÓN DE MANERA QUE SOSTENGA LA HORQUILLA FIRMEMENTE MIENTRAS SE COLOCA Y SE CENTRA EL ARCO FACIAL. LOS TUBOS CONDILARES DEL ARCO FACIAL DEBEN CASI TOCAR LA PIEL SOBRE EL CENTRO DE LAS MARCAS COLOCADAS PARA DESIGNAR EL EJE DE BISAGRA CONVENCIONAL. YA QUE EL ARCO FACIAL ESTÁ CENTRADO SE APRIETA EL TORNILLO DELANTERO DEL ARCO ASEGURANDO QUE NO SEAN MOVIDOS LOS TUBOS CONDILARES DURANTE EL PRO-

CEDIMIENTO, SE COLOCA EL CLAVO INFRAORBITARIO EN POSICIÓN -
SI DICHO ARCO TIENE UNO.

MONTAJE DEL MOLDE DE MAXILA SUPERIOR

SE COLOCA LA GUÍA CONDILAR DEL ARTICULADOR A 30° ,
LA GUÍA LATERAL A 15° Y SE SITÚA EL CLAVO INCISIVO. SE FI-
JAN LOS CONDILOS Y SE ASEGURAN, QUE NO HAYA JUEGO EN EL CIE
RRE CONDILAR. SI SE DISPONE DE MEDIOS PARA REGISTRAR EL -
PLANO INFRAORBITARIO, ÉSTE DETERMINARÁ LA POSICIÓN DE HOR -
QUILLA DE MORDIDA. EN CASO CONTRARIO SE COLOCARÁ LA HORQUI
LLA A UN NIVEL ORBITARIO CERCA DEL CENTRO VERTICAL DEL ARTI
CULADOR. SE DEJA ESPACIO PARA EL MOLDE DEL MAXILAR INFE -
RIOR. EL SUPERIOR SE COLOCA SOBRE LA MORDIDA DE CERA EN LA
HORQUILLA.

EL PRINCIPAL VALOR DE LOS MOLDES MONTADOS ES LA -
PLANIFICACIÓN DEL AJUSTE OCLUSAL Y DE LA RECONSTRUCCIÓN BU-
CAL, AUNQUE SON INÚTILES EN ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN FUNCIO-
NAL. SIN EMBARGO EL ANÁLISIS DIAGNÓSTICO FINAL DE LA FUN -
CIÓN DE LA OCLUSIÓN SE DEBE HACER EN LA BOCA DEL PACIENTE.

OTRO MÉTODO AMPLIAMENTE UTILIZADO PARA DETERMINAR -
LA RELACIÓN CÉNTRICA ES LOCALIZAR LA POSICIÓN DE BISAGRA ES
TACIONARIA DEL MAXILAR MEDIANTE EL EJEMPLO DE UN ARCO CIGO-
MÁTICO. ESTE MÉTODO TAMBIÉN ES INCÓMODO.

LA RETRUCIÓN FORZADA DEL MAXILAR YA SEA POR EL DENTISTA O MEDIANTE EL USO DE UN RETRUSOR, ES UNA FORMA POCO EXACTA E INSEGURA DE REGISTRAR LA RELACIÓN CÉNTRICA, PUESTO QUE EL PACIENTE SE DEFENDRÁ DE ESTAS FUERZAS PUES LA TRACCIÓN MUSCULAR EFECTUADA POR EL PACIENTE PUEDE SER FÁCILMENTE ASIMÉTRICA, ESPECIALMENTE SI NO HAY DOLOR O MOLESTIAS. SIN EMBARGO NO EXISTEN PRUEBAS DOCUMENTADAS DE QUE EL RETRUSOR PUEDE LLEVAR AL MAXILAR Y QUE SE ENCUENTRE EN POSICIÓN DISTAL A LA RELACIÓN CÉNTRICA. LA PRINCIPAL RAZÓN PARA NO RECOMENDAR UN DISPOSITIVO RETRUSOR ES QUE INTERFIERE CON EL RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR, EL CUAL ES TAN ESENCIAL PARA REGISTRAR LA RELACIÓN CÉNTRICA LIGAMENTOSA.

LOCALIZACIÓN Y MARCADO DEL CONTACTO DENTAL INICIAL EN RELACIÓN CÉNTRICA

EL MÉTODO MÁS COMÚN ES MARCAR EL CONTACTO OCLUSAL PREMATURO CON EL EMPLEO DE PAPEL CARBÓN. LA EFICIENCIA DE LA CINTA AUMENTA SECANDO LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LOS DIENTES Y CALENTANDO EL PAPEL SOBRE UNA FLAMA, DESPUÉS DE COLOCARLOS A LOS DIENTES, SE GOLPEARÁ LIGERAMENTE INFERIORES CONTRA SUPERIORES PARA LA COLOCACIÓN DE LA RELACIÓN CÉNTRICA.

UN MÉTODO MÁS ÚTIL QUE EL PAPEL O LA CINTA PARA LOCALIZAR EL CONTACTO INICIAL ES EL EMPLEO DE HOJAS DELGADAS

DE CERA BLANDA COLOREADA O TIRAS DE CERA VERDE PARA INCRUSTACIONES, PARA ESTO SE CALIENTA LIGERAMENTE Y SE COLOCA SOBRE LOS DIENTES POSTERIORES DEL MAXILAR O MANDÍBULA A AMBOS LADOS, ENTONCES CERRAREMOS LIGERAMENTE LOS MAXILARES DEL PACIENTE.

EXPLORACIÓN EN BUSCA DE INTERFERENCIAS OCLUSALES - EN LAS EXCURSIONES LATERALES Y PROTRUSIVAS

LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES QUE ESTORBAN LOS MOVIMIENTOS DE CONTACTO OCLUSAL DE DESLIZAMIENTO DURANTE LAS EXCURSIONES LATERALES Y PROTRUSIVAS PUEDEN SER LOCALIZADAS MEDIANTE INSPECCIÓN VISUAL, PALPACIÓN, MARCADO CON CINTA O PAPEL CARBÓN DE NÚMERO CERO O TAMBIÉN CON LA APLICACIÓN DE BARNIZ. CUANDO SE HACEN LAS EXCURSIONES LATERALES CON LOS DIENTES EN CONTACTO Y CUANDO HAY INTERFERENCIAS OCLUSALES MAYORES QUEDARÁN SIN SER MARCADAS. POR LO TANTO DEBEMOS NOSOTROS GUIAR CON LA MANO LOS MOVIMIENTOS DEL MAXILAR, COMENZANDO DESDE RELACIÓN CÉNTRICA Y EFECTUANDO MOVIMIENTOS BILATERALES. NO SE SABE QUE TAN ATRÁS SE DESPLAZA EL MAXILAR DURANTE EL BRUXISMO LATERAL, DE MANERA QUE SE DEBE INVESTIGAR LAS EXCURSIONES LATERALES A PARTIR DE LA RELACIÓN CÉNTRICA MOVIENDO EL MAXILAR LOS CAMINOS LATERALES RETRUSIVOS DE UN TRAZADO DE GYSI, A FIN DE ESTAR SEGUROS DE QUE SE HAN CUBIERTO TODAS LAS POSIBILIDADES DE INTERFERENCIAS OCLUSALES.

LAS RADIOGRAFÍAS SON OTROS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO
DE DISFUNCIÓN DEL APARATO MASTICADOR.

CAPÍTULO VII

PRUEBA DEL PUENTE Y CEMENTACIÓN

EXISTE UN GRAN NÚMERO DE FACTORES QUE HACEN QUE LA PRUEBA DE LA PRÓTESIS EN LA BOCA SEA UNA NECESIDAD QUE NO SE PUEDE OMITIR. POR EJEMPLO: EN EL PROCESO DE REGISTRO DE LAS DISTINTAS POSICIONES MANDIBULARES, NECESARIO PARA MONTAR EL CASO EN EL ARTICULADOR, HAY QUE HACER CONCESIONES INDISPENSABLES EN LA MAYORÍA DE LOS PROCEDIMIENTOS, Y LOS MODELOS MONTADOS NO SE RELACIONARÁN ENTRE SÍ COMO LO HACEN LOS DIENTES EN LA BOCA EN TODAS LAS POSICIONES. EL MOVIMIENTO DE LOS MODELOS LO PUEDE IMPONER EL MISMO ARTICULADOR, COMO OCURRE CON LOS ARTICULADORES SIMPLES PARA CORONAS Y PUENTES.

EL MOVIMIENTO DE LOS MODELOS DURANTE EL MONTAJE EN EL ARTICULADOR O LA IMPOSIBILIDAD DE ASENTARLOS COMPLETAMENTE EN LOS REGISTROS DE LA MORDIDA, SON CAUSAS DE DISCREPANCIAS CON LA SITUACIÓN REAL DEL PACIENTE.

ADEMÁS DE ESTAS POSIBILIDADES DE ERRORES TÉCNICOS, HAY QUE CONTAR TAMBIÉN CON EL RIESGO, SIEMPRE PRESENTE, DE QUE LOS DIENTES DE ANCLAJE SE MUEVAN DURANTE EL TIEMPO QUE

TRANSCURRE DESDE LA TOMA DE LA IMPRESIÓN Y LA TERMINACIÓN DEL PUENTE. LA CANTIDAD DE TIEMPO Y LA INVERSIÓN ECONÓMICA QUE IMPLICA LA TERMINACIÓN DE UN PUENTE SON CONSIDERABLES.

SI EL CASO NO RESULTARA SATISFACTORIO EN EL MOMENTO DE CEMENTAR EL PUENTE, Y HAY QUE DESMONTARLO Y HACERLO DE NUEVO, EL COSTO ADICIONAL SE VUELVE PROHIBITIVO. POR ESO EL TIEMPO QUE SE DEDIQUE A HACER LAS PRUEBAS QUE SEAN NECESARIAS SIEMPRE SERÁ BIEN EMPLEADO Y SE AHORRARÁN MUCHAS CONTRARIEDADES. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, SON SUFICIENTES DOS PRUEBAS PARA OBTENER O CONSEGUIR UN RESULTADO SATISFACTORIO. LA PRIMERA ES LA PRUEBA DE LOS RETENEDORES EN LA BOCA, Y LA SEGUNDA, LA PRUEBA DEL PUENTE INMEDIATAMENTE ANTES DE CEMENTARLO.

PRUEBA DE LOS RETENEDORES. UNA VEZ COLOCADOS LOS RETENEDORES EN SU SITIO DEBEMOS PROBAR UNO POR UNO. POSTERIORMENTE YA QUE SE HAYAN PROBADO INDIVIDUALMENTE SE COLOCAN TODOS EN LA BOCA Y SE PRUEBAN EN CONJUNTO.

AL ESTARLOS PROBANDO EXAMINAREMOS LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- A) AJUSTE DEL RETENEDOR.
- B) CONTORNOS DE LOS RETENEDORES Y SU RELACIÓN CON

LOS TEJIDOS GINGIVALES CONTIGUOS.

C) RELACIÓN DEL CONTORNO PROXIMAL.

D) RELACIONES OCLUSALES DEL RETENEDOR CON LOS
DIENTES ANTAGONISTAS.

E) RELACIÓN CON LOS DIENTES DE ANCLAJE COMPARADO
CON LA RELACIÓN DE LOS MODELOS DE LABORATORIO.

PRUEBA DEL PUENTE EN LA BOCA

UNA VEZ TERMINADO EL PUENTE SE PRUEBA EN EL MODELO DE TRABAJO Y EN EL PACIENTE, HECHO ESTO CUANDO EL PUENTE ES TÁ ASENTADO, OBSERVAREMOS EL AJUSTE DE LOS RETENEDORES, CON TORNO DE LOS PONTICOS, CON LA MUCOSA DE LA CRESTA ALVEOLAR Y LAS RELACIONES OCLUSALES DEL PUENTE. DICHA PRUEBA RECIBE EL NOMBRE DE "PRUEBA DE METALES" EN DONDE ES RECOMENDABLE - PROBAR SOLA LA ESTRUCTURA METÁLICA EN LA BOCA SIN LA INTERFERENCIA DE PORCELANA Y/O ACRÍLICO QUE SE COLOCARÁ DESPUÉS DE VERIFICAR EL AJUSTE.

CEMENTACIÓN

DESPUÉS DE HABER EXAMINADO TODOS LOS AJUSTES DE LA PRÓTESIS SE PROCEDE A CEMENTARLA.

1. DEBEMOS CEMENTAR LAS CARILLAS A LAS PIEZAS IN-

TERMEIAS EN EL LABORATORIO.

2. CEMENTACIÓN DEL PUENTE A LOS PILARES. LA CEMENTACIÓN DE LA PRÓTESIS PUEDE SER TEMPORAL Y DEFINITIVA.

REQUISITOS QUE DEBE REUNIR UN CEMENTO TEMPORAL:

- A) NO DEBE SER IRRITANTE A LOS TEJIDOS PULPARES.
- B) DEBE SER SEDANTE A LOS TEJIDOS PULPARES.
- C) DEBE SER ESTIMULANTE A LA FORMACIÓN DE DENTINA SECUNDARIA.
- D) AISLAR A LA PULPA DE LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA.
- E) DEBE TENER UNA DURACIÓN ADECUADA Y FRAGUAR EN UN PERÍODO DE TIEMPO ADECUADO DESPUÉS DE SU INSERCIÓN.
- F) SER LO BASTANTE DURO PARA UNA RETENCIÓN ADECUADA PERO AL MISMO TIEMPO PERMITIR QUE EL APARATO SEA RETIRADO.
- G) NO DEBE TENER NINGÚN EFECTO PERJUDICIAL PARA EL ACRÍLICO.

CEMENTACIÓN PROVISIONAL. EMPLEAREMOS ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL, ADEMÁS DE SER SEDANTE ES MÍNIMA SU REACCIÓN PULPAR, Y PERMITE RETIRAR LA PRÓTESIS CON FACILIDAD.

LOS INCONVENIENTES DE ESTOS CEMENTOS:

ATACA A LA RESINA ACRÍLICA DECOLORÁNDOLA, ADEMÁS EXISTE EL PELIGRO DE QUE SE AFLOJE UN RETENEDOR Y SE ROMPA EL SELLADO MARGINAL, SIN QUE SE DESALOJE EL PUENTE.

ESTE TIPO DE CEMENTACIÓN NO SIEMPRE ES NECESARIO EN TODOS LOS CASOS DE PRÓTESIS.

CEMENTACIÓN DEFINITIVA. EN EL CASO DE QUE SE HAYA EMPLEADO LA CEMENTACIÓN PROVISIONAL SE PROCEDE A CEMENTAR DEFINITIVAMENTE NUESTRA PRÓTESIS, PARA LLEVAR A CABO ESTA CEMENTACIÓN DEBEMOS TENER EN CUENTA LOS SIGUIENTES FACTORES:

A) AISLAR Y SECAR BIEN LOS DIENTES PILARES Y TEJIDOS CIRCUNDANTES.

B) APLICAR UN BARNIZ O DICAL EN EL DIENTE PILAR PARA PROTEGERLO DEL CEMENTO.

C) MEZCLAR EL CEMENTO HASTA OBTENER UNA CONSISTEN

CIA CREMOSA Y VERTIRLO EN LAS SUPERFICIES INTERNAS DE LOS -
RETENEDORES.

D) SE COLOCA EN SU POSICIÓN LA PRÓTESIS Y SE -
ASIENTA CON PRESIÓN DE LOS DEDOS, ESTE AJUSTE PARA QUE SEA
COMPLETO, EL PACIENTE DEBERÁ MORDER EN OCLUSIÓN CÉNTRICA, -
SOBRE UN PALILLO DE MADERA O ABATELENGUAS DE MADERA O CUAL-
QUIER OTRO INSTRUMENTO ADECUADO.

E) CUANDO HAYA ENDURECIDO SE ELIMINA COMPLETAMEN-
TE EL EXCESO DE CEMENTO QUE HAYA QUEDADO EN LAS ZONAS GINGI-
VALES Y ESPACIOS INTERPROXIMALES.

SELECCIÓN Y MEZCLADO DE CEMENTO

INFLUIRÁ EN EL ÉXITO DE NUESTRA PRÓTESIS PARCIAL -
FIJA, CORONA INDIVIDUAL Y CARILLA.

SE DEBE TENER EN CUENTA EL ESCOGER EL COLOR DEL CE-
MENTO, PARA QUE SE APROXIME AL COLOR DEL DIENTE PORQUE VA A
INFLUIR EN SU COLOR FINAL, COMO EN EL CASO DE UNA CORONA -
COMPLETA DE PORCELANA O DE LA CARILLA EN TONDE LA ESTÉTICA
ES UN FACTOR MUY IMPORTANTE.

CEMENTADA LA PRÓTESIS Y ELIMINADO EL EXCESO DE CE-
MENTO SE DEBE VERIFICAR LA OCLUSIÓN EN LAS POSICIONES Y RE-
LACIONES USUALES, PARA EVITARNOS PROBLEMAS POSTERIORES COMO

SON PROBLEMAS PARODONTALES O INFLAMACIÓN DE LA PULPA.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES AL PACIENTE

INDICACIONES GENERALES

A) PRÓTESIS PROVISIONAL

SE DEBE INSTRUIR AL PACIENTE, EN EL USO DE UNA TÉCNICA SATISFACTORIA DE CEPILLADO EN LOS DIENTES. ADEMÁS SE LE DEBE DE ENSEÑAR EL EMPLEO DEL HILO DENTAL PARA LIMPIAR LAS ZONAS DEL PUENTE DE MÁS DIFÍCIL ACCESO. SE LE DA AL PACIENTE UN ESPEJO DE MANO PARA QUE OBSERVE COMO SE DEBE PASAR EL HILO DENTAL A TRAVÉS DE UNA ZONA PROXIMAL DEL PUENTE. SE ELIGE UNA ZONA FÁCIL DE ACCESO Y SE PASA EL HILO DESDE LA SUPERFICIE LINGUAL HASTA LA VESTIBULAR. SI SE CONSIDERA DESEABLE O NECESARIO PARA EL CASO, SE PUEDE MOSTRAR UNO DE LOS ENHEBRADORES DE HILO DENTAL DISPONIBLES EN EL COMERCIO. CUANDO SE PASA EL HILO, SE PULEN LAS REGIONES INTERPROXIMALES Y LA SUPERFICIE MUCOSA DE LA PIEZA INTERMEDIA CON EL MISMO HILO, PARA QUE LO VEA EL PACIENTE. ENTONCES SE PIDE AL PACIENTE QUE PRUEBE POR SÍ MISMO, EL PROCEDIMIENTO NO ES SIEMPRE FÁCIL AL PRINCIPIO, PERO SE APRENDE PRONTO CON UN POCO DE PRÁCTICA.

DURANTE LOS DÍAS SIGUIENTES A LA CEMENTACIÓN DEL PUENTE, SE PUEDE NOTAR CIERTAS INCOMODIDADES. LOS DIENTES QUE HAN ESTADO ACOSTUMBRADOS A RESPONDER A LAS PRESIONES FUNCIONALES COMO UNIDADES INDIVIDUALES QUEDAN AHORA UNIDOS ENTRE SÍ Y REACCIONAN COMO UNA SOLA UNIDAD. LOS MOVIMIENTOS DE LOS DIENTES CAMBIAN, E INDUDABLEMENTE TIENE QUE OCURRIR ALGÚN REAJUSTE ESTRUCTURAL EN EL APARATO PERIODONTAL, ALGUNOS PACIENTES SE QUEJAN DE UNA INCOMODIDAD QUE NO PUEDEN PRECISAR, LA CUAL SE PUEDE ATRIBUIR PROBABLEMENTE A DICHO FACTOR; OTROS NO SUFREN NINGÚN CAMBIO. LOS DIENTES PILARES PUEDEN QUEDAR SENSIBLES A LOS CAMBIOS TÉRMICOS DE LA BOCA, Y PUEDEN NOTARSE ALGUNOS DOLORES. SE RECOMIENDA AL PACIENTE QUE EVITE TEMPERATURAS EXTREMAS EN LOS DÍAS SIGUIENTES A LA CEMENTACIÓN DEL PUENTE.

EL ODONTÓLOGO DEBE TENER CIERTA INTUICIÓN DE LA INCIDENCIA DE ESTOS PROBLEMAS POR EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE Y POR LA CONDICIÓN DE LOS DIENTES OBTENIDA DURANTE LAS DISTINTAS OPERACIONES QUE PRECEDEN AL AJUSTE DEL PUENTE. HAY QUE TENER DISCRECIÓN Y NO ALARMAR AL PACIENTE CON UNA ENUMERACIÓN DE PROBLEMAS QUE PUEDE QUE NUNCA EXPERIMENTEN.

A PESAR DE TODOS LOS CUIDADOS Y PREOCUPACIONES QUE SE HAYAN TOMADO EN EL AJUSTE DE LA OCLUSIÓN, AÚN ES POSIBLE QUE CUANDO EL PACIENTE EXPLORA LAS RELACIONES DE SU NUE

VO APARATO, APAREZCAN ALGUNOS PUNTOS DE INTERFERENCIA. SI ESTO SE ADVIERTE CUANDO TODAVÍA ESTÁ EN EL CONSULTORIO, SE DEBE RETOCAR LA INTERFERENCIA. SE LE EXPONEN AL PACIENTE LAS LIMITACIONES DEL PUENTE, QUE LAS CARILLAS SON FRÁGILES Y QUE NO DEBE MORDER OBJETOS DUROS, QUE LA SALUD DE LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES DEPENDE DE UN CUIDADO DIARIO, EL PUENTE SE DEBE INSPECCIONAR A INTERVALOS REGULARES, TAL COMO SE RECOMIENDE, QUE SE TRATA DE UN APARATO FIJO CEMENTADO EN UN MEDIO AMBIENTE VIVO Y EN CONTINUO CAMBIO, Y QUE HABRÁ QUE AJUSTARLO DE VEZ EN CUANDO PARA MANTENER LA ARMONÍA CON EL RESTO DE LOS TEJIDOS BUCALES, Y QUE SI SE PRESENTAN SÍNTOMAS EXTRAÑOS EN CUALQUIER OCASIÓN SE DEBE INVESTIGAR LO ANTES POSIBLE. ESTAS INDICACIONES AL PACIENTE EN FORMA GENERAL, SE PUEDEN APLICAR TANTO PARA LA PRÓTESIS PROVISIONAL COMO PARA LA PRÓTESIS FINAL.

B) PRÓTESIS FINAL

SE DEBE DE DAR AL PACIENTE LAS INDICACIONES ADECUADAS PARA LA HIGIENE BUCAL, YA QUE SI HAY UNA GRAN DIFERENCIA ENTRE UN PACIENTE NORMAL Y OTRO CON UN APARATO PROTÉSICO.

TÉCNICA DE CEPILLADO

CEPILLADO DE LOS DIENTES. LOS CEPILLOS DE CERDAS BLANDAS OFRECEN GRANDES VENTAJAS:

-PUEDEN ADAPTARSE MEJOR AL ÁREA MARGINAL GINGIVAL O QUE PERMITE UNA LIMPIEZA DE SURCO Y DE LA ZONA INTERPROXIMAL MÁS EFECTIVA, LAS PUNTAS DE LAS CERDAS SUAVES PENETRAN AL SURCO GINGIVAL Y DEFECTOS DE LAS SUPERFICIES DE LOS DIENTES CON MAYOR FACILIDAD QUE LAS CERDAS DURAS. EXISTEN VARIOS DISEÑOS DE CEPILLOS. EN EL CASO DE PERSONAS CON TRATAMIENTO PROTÉSICO Y EN LOS QUE TODOS LOS ESFUERZOS DE LIMPIEZA DEBERÁN ESTAR ENCAMINADOS HACIA LA ZONA DEL MARGEN GINGIVAL, LOS CEPILLOS DE DOS HILERAS O DE MECHONES SENCILLOS PARECEN SER MÁS EFICACES QUE LOS CEPILLOS CON MULTITUD DE MECHONES. NO OBSTANTE ESTAS OBSERVACIONES, LOS MEDIOS MEDIANTE LOS CUALES SE APLICA EL CEPILLO Y SE UTILIZA SON QUIZÁ DE MAYOR IMPORTANCIA QUE LOS DETALLES REFERENTES AL DISEÑO DEL MISMO.

LAS TÉCNICAS RECOMENDADAS PARA UN PACIENTE ESPECÍFICO DEPENDEN DEL ESTADO MENTAL Y PERIODONTAL DEL PACIENTE INDIVIDUAL. POR EJEMPLO CUANDO LOS MÁRGENES GINGIVALES SE ENCUENTRAN LOCALIZADOS EN LA UNIÓN DEL CEMENTO CON EL ESMALTE Y LAS PAPILAS INTERDENTARIAS LLENAN LOS NICHOS INTERPROXIMALES, LA TÉCNICA DE BASS O DE SURCO, ES EL MÉTODO DE ELECCIÓN. EL CEPILLO SE PONE EN ÁNGULO, DE TAL FORMA QUE LAS PUNTAS DE LAS CERDAS SE DIRIJAN HACIA EL SURCO GINGIVAL. SE APLICA PRESIÓN LEVE, APENAS FLECCIONANDO LAS CERDAS. A CONTINUACIÓN SE MUEVE EL CEPILLO CON MOVIMIENTOS CORTOS ROTATORIOS O FROTANTES HACIA ATRÁS Y HACIA ADELANTE,

Y SE LLEVA SISTEMÁTICAMENTE POR TODA LA BOCA, PERMITIENDO - QUE LAS CERDAS ELIMINEN LA PLACA DE LAS SUPERFICIES PROXIMALES. EN LA PORCIÓN LINGUAL DE LOS DIENTES ANTERIORES, EL - CEPILLO PUEDE COLOCARSE EN POSICIÓN VERTICAL PARA PERMITIR MEJOR ADAPTACIÓN DE LAS CERDAS, AUNQUE LOS MOVIMIENTOS SEAN LOS MISMOS.

LA TÉCNICA DEL SURCO LIMPIA ADECUADAMENTE LA SUPERFICIE LINGUAL Y VESTIBULAR AUNQUE NO LO HACE IGUALMENTE EN LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES.

LA TÉCNICA DE BASS DEBERÁ SER ALTERNADA CUANDO LA ENFERMEDAD O LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA HAYA PROVOCADO RESECCIÓN GINGIVAL Y ESPACIOS INTERPROXIMALES ABIERTOS.

LA EXTENSIÓN DE LA LIMPIEZA INTERPROXIMAL PUEDE MEJORAR EMPLEANDO LA TÉCNICA DE CHARTERS, EN LA QUE EL CEPILLO SE COLOCA EN EL MARGEN GINGIVAL A UN ÁNGULO APROXIMADAMENTE DE 45° HASTA LA SUPERFICIE OCLUSAL, UNA POSICIÓN QUE OBLIGA A LAS CERDAS ENTRAR EN LOS NICHOS, MOVIENDO ENTONCES EL CEPILLO SISTEMÁTICAMENTE ALREDEDOR DE LA BOCA CON MOVIMIENTOS VIBRATORIOS. EL MÉTODO DE CHARTERS ES EFICAZ EN EL CONTROL DE LA PLACA ABAJO DE LA PORCIÓN MÁXIMA DE CONTACTO DE LOS DIENTES.

DESASFORTUNADAMENTE ALGUNOS PACIENTES NO POSEEN LA

HABILIDAD MANUAL PARA REALIZAR ADECUADAMENTE LA TÉCNICA DE BASS O DE CHARTERS EN TODO CASO SE LE DEBERÁ ENSEÑAR OTROS NUEVOS MÉTODOS, COMO SON EL USO DEL HILO DENTAL O DE CEPILO INTERPROXIMAL.

HILO DENTAL

ES QUIZÁ EL AUXILIAR DE LIMPIEZA DENTARIA MÁS RECOMENDADO Y TAL VEZ EL MÁS ÚTIL. CUANDO SE EMPLEA CON REGULARIDAD Y CORRECTAMENTE EN DENTICIONES RELATIVAMENTE NORMALES EN LAS QUE LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES ESTÁN OCUPADOS POR LA PAPILA INTERDENTARIA, EL HILO DENTAL ES APROXIMADAMENTE EL 80% MÁS EFECTIVO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA PLACA INTERDENTARIA.

SE EMPLEA TANTO EL TIPO ENCERADO COMO EL NO ENCERADO DE HILO DENTAL. EL HILO DENTAL SIN ENCERAR OFRECE VARIAS VENTAJAS:

-ES DE UN DIÁMETRO PEQUEÑO Y PASA CON MAYOR FACILIDAD A TRAVÉS DE CONTACTOS INTERPROXIMALES APRETADOS.

-BAJO TENSIÓN SE APLANA SOBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE ACTUANDO CADA HILO QUE LOS COMPONE EN FORMA SEPARADA COMO UN BORDE CORTANTE PARA DESALOJAR DETRITOS.

-EL HILO DENTAL SIN CERA HACE UN RUIDO A MAHERA -

DE RECHINIDO CUANDO SE EMPLEA EN UNA SUPERFICIE DENTAL LIMPIA, PUDIENDO EMPLEARSE ESTE RUIDO COMO UNA FORMA DE CONTROLAR EL PROCEDIMIENTO. AUNQUE EL HILO SIN ENCERAR SE EMPLEA MUCHO, LA OPINIÓN QUE ES SUPERIOR AL HILO NO ES ACEPTABLE - UNIVERSALMENTE.

PROCEDIMIENTO PARA USAR EL HILO

SE CORTARÁ UN TROZO DE MATERIAL DE 25 A 36 CM DE LONGITUD, ENVOLVIÉNDOLO ALREDEDOR DEL DEDO MEDIO DE UNA MANO Y COLOCÁNDOLO SOBRE LAS YEMAS DE LOS ÍNDICES. LOS DOS DEDOS ÍNDICES DEBERÁN PRESENTAR UNA SEPARACIÓN DE 1.5 A 2 CM SUJETANDO EL HILO FIRMEAMENTE ENTRE LOS DEDOS.

EL HILO SE ACCIONA ENTRE LOS DIENTES CON UN LIGERO MOVIMIENTO BUCO-LINGUAL COMO SI SE FROTARAN ZAPATOS HASTA QUE PASE A TRAVÉS DEL ÁREA DE CONTACTO. A CONTINUACIÓN, EL HILO DEBERÁ ENVOLVERSE EN UNO DE LOS DIENTES Y REALIZAR MOVIMIENTOS EN DIRECCIÓN APICAL HASTA PENETRAR AL SURCO GINGIVAL. LA SUPERFICIE DEBERÁ LIMPIARSE MOVIENDO EL HILO HACIA ARRIBA Y HACIA ABAJO SOBRE EL DIENTE. UNA VEZ QUE HAYA LIMPIADO LA SUPERFICIE DEL DIENTE, EL HILO SE ADAPTA ALREDEDOR DE LA SUPERFICIE DENTARIA ADYACENTE REPITIÉNDOSE EL MISMO PROCESO. SI SE UTILIZAN MOVIMIENTOS A MANERA DE FROTAR CALZADO SUBGINGIVALMENTE PUEDE DAÑARSE TANTO LOS TEJIDOS DUROS COMO LOS BLANDOS.

PARA AQUELLOS QUE CARECEN DE LA HABILIDAD MANUAL - PARA MANEJAR EL HILO DENTAL, PUEDEN UTILIZAR EL DISPOSITIVO PARA SUJETAR EL HILO. AUNQUE EL HILO NO PUEDA SER ADAPTADO TAN ÍNTIMAMENTE A LA SUPERFICIE DENTARIA UTILIZANDO UN SUJETADOR COMO ES POSIBLE HACERLO CON LOS DEDOS RESULTA MÁS FÁCIL SU EMPLEO, ESPECIALMENTE ENTRE LOS DIENTES POSTERIORES, AUNQUE LA PEQUEÑA REDUCCIÓN EN SU EFICIENCIA ES COMPENSADA POR SU UTILIZACIÓN MÁS FRECUENTE Y CONTINUA.

LOS DISPOSITIVOS PARA ENHEBRAR EL HILO PROPORCIONA UN MÉTODO DE LIMPIEZA BAJO LOS PUENTES FIJOS, FÉRULAS Y APARATOS DE ORTODONCIA. AL EMPLEAR ESTOS APARATOS SE SUJETARÁ UN TROZO DE HILO DENTAL O DE ESTAMBRE Y SE LLEVARÁ BAJO EL PUENTE. EXISTEN DIVERSOS APARATOS, INCLUYENDO ASAS DE ALAMBRE Y DE NYLON, PEQUEÑAS TIRAS DE PLÁSTICO CON OJOS Y TIRAS DE PLÁSTICO CON GANCHOS. LOS MEJORES APARATOS DE ESTE TIPO PARA EL HILO SON AQUELLOS QUE RESULTAN MÁS FÁCILES DE EMPLEAR, YA QUE LA PRINCIPAL DIFICULTAD CON LOS ENHEBRADORES HA SIDO LA FALTA DE USO CONTINUO POR PARTE DEL PAÇIENTE.

LAS ASAS DE ALAMBRE Y DE NYLON SON LAS MÁS FÁCILES DE EMPLEAR EN ESPACIOS INTERPROXIMALES PEQUEÑOS, Y LAS TIRAS DE PLÁSTICO CON GANCHOS SON LAS MÁS CÓMODAS EN OTRAS ZONAS, YA QUE EL HILO O EL ESTAMBRE PUEDEN SUJETARSE CON MAYOR FACILIDAD. EN VISTA DEL PROBLEMA ENCONTRADO AL UTILIZAR HILO, ES ACONSEJABLE CREAR NICHOS ABIERTOS BAJO LOS

PUENTES FIJOS CUANDO ESTO SEA POSIBLE, PARA PERMITIR SU -
LIMPIEZA CON APARATOS FÁCILES DE EMPLEAR TALES COMO EL PE-
RIO-AID O EL CEPILLO INTERPROXIMAL.

CEPILLO INTERPROXIMAL

RECIENTEMENTE HAN SALIDO AL MERCADO CEPILLOS PE -
QUEÑOS PARECIDOS A LOS CEPILLOS PARA LA LIMPIEZA DE BOTE -
LLAS O TUBOS DE ENSAYO EN MINIATURA CON EL OBJETO DE ELIMI -
NAR LA PLACA DE LOS NICHOS ABIERTOS Y DE LAS BIFURCACIONES.
PUEDEN OBTENERSE ESTOS CEPILLOS CON UN MANGO DE ALAMBRE -
CORTO O MONTADO, MEDIANTE UN ADITAMENTO A MANERA DE TORNI -
LLO O DE BROCHE, A UN MANGO DE METAL O DE PLÁSTICO. EL SE -
GUNDO TIEMPO ES SUPERIOR, YA QUE PUEDE MANIPULARSE CON MA -
YOR FACILIDAD EN LOS SEGMENTOS POSTERIORES DE LA BOCA Y -
LOS NICHOS INTERPROXIMALES PEQUEÑOS. LOS CEPILLOS INTER -
PROXIMALES PARECEN SER SUPERIORES AL HILO DENTAL PARA LA -
LIMPIEZA DEL ÁREA INTERPROXIMAL EN PACIENTES CON NICHOS O
ESPACIOS ABIERTOS. PARA SER EFICACES, DEBERÁN EMPLEARSE -
TANTO DEL LADO LINGUAL COMO DEL BUCAL DE TAL MANERA QUE SE
LIMPIEN TODOS LOS ASPECTOS DE LAS SUPERFICIES INTERPROXI -
MALES.

EL USO DE CEPILLO INTERPROXIMAL NO ESTÁ LIMITADO
AL PACIENTE PERIODONTAL POSQUIRÚRGICO; SU USO PUEDE INI -
CIARSE EN CUALQUIER MOMENTO QUE EXISTA SUFICIENTE ESPACIO
EN EL NICO INTERPROXIMAL PARA LA INSERCIÓN DEL CEPILLO.

POR EJEMPLO, SI SE CREAN ESPACIOS LO SUFICIENTEMENTE GRANDES MEDIANTE EL CONTORNO ADECUADO DE LAS RESTAURACIONES - POSTERIORES TALES COMO CORONAS COMPLETAS, PONTICOS Y FÉRULAS, EL CEPILLO INTERPROXIMAL AÚN EN EL PACIENTE NO PERIODONTAL SE PUEDE USAR FÁCILMENTE PARA CONTROLAR LA PLACA INTERPROXIMAL. ES MÁ S RECOMENDABLE USAR EL CEPILLO INTERPROXIMAL QUE EL HILO DENTAL DEBIDO A LA FACILIDAD DE SU USO.

UNA PRÓTESIS FIJA BIEN DISEÑADA PROPORCIONA CONTORNOS CORONARIOS QUE PERMITEN AL CEPILLO DEL SURCO UN ACCESO A LAS ZONAS DE FURCACIÓN.

ES NECESARIO QUE EL PACIENTE APRENDA Y LLEVE A CABO CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS ANTES MENCIONADAS, PARA TENER ÉXITO EN CUALQUIER TRATAMIENTO PROTÉSICO U OTRO.

CONCLUSIONES

DURANTE EL DESARROLLO DE LA TESIS PUDE DARME CUENTA DE LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL ELABORAR UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, LA CUAL NOS DARÁ LA PAUTA A SEGUIR EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO PROTÉSICO, YA QUE NOS REVELA SI EXISTE ALGÚN TIPO DE IMPEDIMENTO YA SEA FUNCIONAL, ECONÓMICO O EMOCIONAL PARA EL TRATAMIENTO QUE SE QUIERA HACER.

ES DE VITAL IMPORTANCIA UNA VEZ YA ELEGIDO EL TIPO DE PRÓTESIS FIJA NECESARIA, CUALQUIERA QUE SEA EL CASO, ELIR DESARROLLANDO UNA BUENA HABILIDAD YA SEA EN EL TALLADO DE LOS DIENTES COMO EN LA TÉCNICA DE IMPRESIÓN PORQUE DE ÉSTA TAMBIÉN VA A DEPENDER EL RESULTADO FINAL DE LA PRÓTESIS.

UNA VEZ OBTENIDO EL ÉXITO EN LO QUE RESPECTA A LA PRÓTESIS FIJA ELABORADA POR NOSOTROS, ES NECESARIO INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE EL TIPO DE RESTAURACIÓN QUE SE LE HA HECHO TANTO EN SU CUIDADO FUNCIONAL COMO HIGIÉNICO, PARA ASÍ PODER TAMBIÉN OBTENER BUENOS RESULTADOS EN FORMA MEDIATA, TANTO PARA EL PACIENTE COMO PARA NOSOTROS.

BIBLIOGRAFÍA

MYERS E., GEORGE.

PRÓTESIS DE CORONAS Y PUENTES.

EDITORIAL LABOR, QUINTA EDICIÓN, 1979.

RALPH W. PHILLIPS, EUGENE W. SKINNER.

LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES.

EDITORIAL MUNDI, SEXTA EDICIÓN.

DR. WILLIAM F. GANONG.

FISIOLOGÍA MÉDICA.

EL MANUAL MODERNO, S. A.

BEAUDREAU.

ATLAS DE PRÓTESIS PARCIAL FIJA.

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, MÉXICO 1978.

RAMJORD SIGURD-MAJORD M. ASH, JR.

OCLUSIÓN.

SEGUNDA EDICIÓN EN ESPAÑOL, MÉXICO, D. F.

L. MC. ELROY-F. MALONE WILLIAM.
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.
PRIMERA EDICIÓN EN ESPAÑOL.