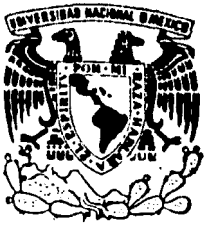
Ingeniería
702

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CONDICIONES PARODONTALES PARA UNA PROTESIS FIJA

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

MARIA IDA MORENO-LACALLE GUIZAR

México, D. F. 1 9 7 9

15087

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

CONDICIONES PARODONTALES PARA UNA PROTESIS FIJA

I INTRODUCCION

II BREVE ESTUDIO DE LOS TEJIDOS NORMALES DEL PARODONTO

III ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

IV GINGIVITIS - PARODONTITIS
GINGIVOSIS - PARODONTOSIS
DEFINICION, DISTRIBUCION, ETIOLOGIA, TRATAMIENTO.

V CONSIDERACIONES PARODONTALES PARA LA CLINICA DE PROTESIS FIJA

VI DEFINICION DE TERMINOS DE PROTESIS FIJA

VII PREPARACION DE CAVIDADES
A) DIFERENTES TIPOS DE CAVIDADES
B) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

VIII CARACTERISTICAS DE CAVIDADES CON FINES PROTESICOS

IX FERULIZACION:
A) PROPIEDADES Y CLASIFICACION
B) USO DE CORONAS E INCRUSTACIONES CON ALFILERES (PINS)

X DISEÑO DE LA PROTESIS
A) RELACIONES FUNCIONALES DE LOS DIENTES
B) PUNTOS DE CONTACTOS
C) RELACION DE LA ENCIA CON LA FORMA DE LA CORONA

XI PONTICOS O INTERMEDIOS

A) PARODONTAL

SU ADAPTACION PARODONTAL

XII PROTESIS TEMPORAL

A) DEFINICION Y FUNCION

B) METODO DE CONSTRUCCION

I - INTRODUCCION

El papel que desempeña la periodoncia en la práctica odontológica constituye la base principal para el desarrollo del diagnóstico y el enfoque terapéutico del paciente adulto.

La caries y la enfermedad parodontal son la causa principal de la pérdida de dientes.

A finales de la cuarta década de vida, la caries constituyó el mayor problema en la mayoría de los dientes extraídos y en pequeña parte a la enfermedad parodontal.

Después de los 35 años de edad, la enfermedad parodontal es la causa principal de la pérdida de dientes.

Gradualmente se fue haciendo claro que la enfermedad parodontal que causa la pérdida dentaria en adultos era la etapa final de procesos que se habían originado, pero no tratado en la juventud.

En la actualidad, la preocupación principal del cirujano dentista debe estar enfocada a la prevención de la enfermedad parodontal, cosa posible en gran medida, ya que en la Periodoncia se basa toda práctica odontológica.

II - BREVE ESTUDIO DE LOS TEJIDOS NORMALES DEL PARODONTO

Parodoncia -Definición. Es la rama especializada de la estomatología que se dedica al estudio del periodonto tanto en salud como en enfermedad y a la prevención y tratamiento de las enfermedades parodontales.

Parodonto -Definición. Del griego Parons -cerca, Odonto -diente. Es el conjunto de tejidos que soportan, revisten y recubren al diente.

La mucosa bucal consta de 3 zonas: la encía y el revestimiento del paladar duro, denominado mucosa masticatoria; el dorso de la lengua, cubierto de mucosa especializada y el resto de la mucosa bucal.

a) Encía. Es aquella parte de la membrana mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

La encía se divide en: área marginal, insertada ó interdentaria.

Encía Marginal (encía libre). La encía marginal es la encía libre que rodea los dientes, a modo de collar y se halla demarcada de la encía insertada adyacente por una depresión bucal poco profunda; el surco marginal generalmente de un ancho algo mayor que un milímetro, forma la pared blanda del surco gingival.

Surco Gingival. Es la hendidura somera alrededor del diente limitada por la superficie dentaria y el epitelio que tapiza el margen libre de la encía. Es una depresión en forma de V.

Encía Insertada. Esta se continúa con la encía marginal. Es firme, resistente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subadyacentes. A veces, se usan las denominaciones encía cementaria y encía alveolar, para designar las diferentes porciones de la encía insertada, según sean sus áreas de inserción.

Encía Interdentaria. Ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximal, situado debajo del área de contacto dentario. Consta de dos papilas, una vestibular y una lingual, y el col. Este es una depresión parecida a un valle que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal. Cada papila interdentaria es piramidal; la superficie exterior es afilada hacia el área de contacto interproximal y las superficies mesial y distal son levemente cóncavas.

Encía Marginal. Formada por tejido conectivo, densamente colágeno y contiene un sistema importante de haces de fibras colágenas denominado fibras gingivales.

Las funciones de las fibras gingivales son las siguientes:

a) Mantener la encía marginal firmemente adosada contra el diente.

b) Proporcionar la rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación.

c) Unir la encía Marginal libre con el cemento de la raíz y la encía insertada adyacente.

Las fibras gingivales se disponen en tres grupos:

1. Grupo Gingivodental. Estas son las fibras de las superficies vestibular, lingual e interproximal. Se hallan incluídas en el cemento inmediatamente debajo del epitelio, en la base del surco gingival. En las superficies vestibular y lingual se proyectan desde el cemento, en forma de abanico, hacia la cresta y la superficie externa de la encía marginal y también cerca del epitelio.

2. Grupo Circular. Estas fibras corren a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdentaria y rodean al diente de modo de anillo.

3. Grupo Transeptal. Situadas interproximalmente. Estas fibras forman haces horizontales que se extienden entre el cemento de dientes vecinos, en los cuales se hallan incluídos.

Surco Gingival. El surco está cubierto de epitelio escamoso estratificado, muy delgado, no queratinizado, sin prolongaciones epiteliales, que se encuentra unida al diente por la adherencia epitelial.

Adherencia Epitelial. Es una banda a modo de collar de epitelio escamoso estratificado.

Encía Adherida. En su interior está formada por un estroma de tejido conectivo cubierto por un epitelio escamoso estratificado formado por varias capas:

1.- Capa basal, de células cuboides.

2.- Capa espinosa, compuesta de células poligonales.

3.- Capa granulosa, de células achatadas por prominentes gránulos basófilos de queratohialina en el citoplasma y un núcleo hipercrómico contraído.

4.- Capa Córnea, que puede ser queratinizada o paraqueratinizada, formada por escamas aplanadas acidófilas claras anucleadas y pueden encontrarse superficies paraqueratósicas con células achatadas con núcleo.

El tejido conectivo de la encía se conoce como lámina propia. Está formada por fibras colágenas y contiene algunas fibras elásticas y se puede dividir en dos capas: una papilar, que es la que está en relación directa con el epitelio y una capa reticular, que está en relación con el tejido conectivo fibroso de la sub-mucosa que a su vez está en contacto con el periostio del hueso alveolar. Esta estructura fibrosa es la que da su inmovilidad característica a esta encía.

La capa papilar es la que posee los vasos y nervios de la encía. La reticular es densamente colágena, presenta también algunas fibras elásticas.

El aporte sanguíneo proviene de arteriolas supraperiósticas, las cuales emergen de la cresta del septum interdental, y en menor cantidad arteriolas de la membrana parodontal.

Los vasos linfáticos de la encía tienen su origen en los vasos de las papilas conectivas y pasa a la red colectora externa del periostio del hueso alveolar y de ahí a los nódulos linfáticos regionales.

Hay también linfáticos por debajo de la adherencia epitelial que se proyectan al ligamento parodontal.

La inervación proviene de nervios del ligamento periodontal, así como del nervio labial, bucal y palatino.

Intersticio o Surco Gingival. Hendidura de forma triangular que se localiza alrededor del diente, limitado por el diente y por el otro lado por el epitelio crevicular o epitelio del intersticio, en el fondo se ve la adherencia epitelial.

Proceso Alveolar. Es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios. Se compone de la pared interna del alveolo de

delgado, compacto, denominado hueso alveolar propiamente dicho (lámina cribiforme).

El proceso alveolar es divisible, desde el punto de vista anatómico, pero funciona como unidad. Todas las partes intervienen en el sostén del diente.

Está formado por:

I.- Lámina Dura.- Delgada capa de hueso compacto que da forma a la pared del alveolo y está en íntimo contacto con los ligamentos parodontales.

Función: Semejante a la del cemento y es: la fijación del diente por medio de las fibras de Sharpey que se introducen en el hueso por medio del osteoide. Adquiere una segunda función que es la de balancear la erupción activa por medio de los ostioblastos.

II.- Hueso Cortical. Pared externa e interna del hueso de los maxilares y mandíbula.

III.- Hueso Esponjoso. Está formado por las trabéculas y espacios medulares comprendidos entre el hueso cortical y la lámina dura.

Ligamento Parodontal. Es la estructura conectiva que une al diente con el hueso, se continúa con el tejido conectivo gingival o lámina propia y comunica los espacios medulares a través de los canales vasculares del hueso.

Razón por la cual se considera una Unidad funcional al parodonto.

Los elementos más importantes del ligamento parodontal son las fibras colágenas, dispuestas en haces y que siguen ese recorrido ondulado. Se agrupan en 5 grupos y difieren en posición y fusión.

I. Fibras de la Cresta. Van del cemento al hueso, son perpendiculares al eje longitudinal del diente.

II. Fibras Horizontales. Se dirigen del cemento al hueso y guardan la misma disposición de las anteriores.

III. Fibras Oblícuas. Son las más numerosas, se dirigen de cemento a hueso en sentido oblícuo. El papel de estas fibras es que transforman la presión en tensión.

IV. Fibras Apicales. Se dirigen de cemento a hueso y guardan una disposición radial, en abanico.

V. Fibras de la Bifurcación Inferior o Trifurcación Superior. Guardan la misma disposición de las apicales, radial en forma de abanico. Se encuentran en el tabique intraradicular.

Vasos Sanguíneos; tienen 3 orígenes:

1. Vasos apicales
2. Vasos del hueso alveolar
3. Vasos gingivales anastomosados

Vasos Linfáticos. Estos van ligados a los vasos sanguíneos y ayudan al sistema venoso en el drenaje, desembocando en colectores, que van a la carótida.

Nervios. Segunda y tercera ramas sensitivas del trigémino y fibras del sistema vegetativo.

Función del Ligamento Parodontal

Física.- Transmisión de las fuerzas oclusales al hueso.

Formativa. Depende de 3 células, ostioblastos que forman hueso, fibroblastos que forman colígena, cementoblastos que forman cemento.

Nutritiva. El ligamento parodontal aporta nutrientes por vía sanguínea a la encía, al cemento y al hueso alveolar.

Sensorial. Depende de la sensibilidad táctil y propia sectiva que es la que nos da el sentido del lugar.

Cemento: Es el tejido mesenquimatoso calcificado que cubre la superficie de la raíz del diente.

Se divide en:

Cemento acelular o primario

Cemento celular o secundario

El cemento celular se encuentra en el tercio apical de la raíz y el acelular que no contiene células se encuentra en los dos tercios coronales de la raíz.

El cemento celular contiene a los cementocitos, estos van a ocupar un lugar en la laguna cementaria.

Los cementocitos son cementoblastos atrapados durante la mineralización. El cemento celular contiene una delgada capa de cementoide, esta capa no está calcificada.

Hay tres formas de unión Amelo-cementaria:

1a. Cuando el cemento cubre al esmalte.

2a. Cuando el cemento y el esmalte quedan completamente unidos; esto se encuentra en un 30%.

3a. Cuando el cemento y el esmalte no están unidos. Aquí queda la dentina expuesta; se encuentra en un 5 a 10%.

Las células formadoras de cementos son los cemestoblastos y las que destruyen cemento cementoclastos.

III - ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

I - FACTORES LOCALES

1. Medio Bucal
   a) Sarro
   b) Materia Alba
   c) Empacamiento de Alimentos
   d) Caries
   e) Disfunciones (anoclusión, oclusión traumática)
   f) Anatomía Anormal (anomalías anatómicas y de posición)

2. Mala Odontología (Obturaciones desajustadas, procedimientos ortodóncicos incorrectos)

3. Mala Técnica de Cepillado

4. Malos Hábitos (Los que no son de origen psicosomático)

5. Dieta No Detergente

II - FACTORES GENERALES O SISTEMICOS

Nutrición

Avitaminosis A - C - D, complejo B.

Carencias Nutricionales.

Influencias Endócrinas

Hiperparatiroidismo, Diabetes.

Gónadas (Pubertad, Menstruación, Embarazo, Menopausia)

Discrasias Sanguíneas (Leucemia, Anemia)

Alergias, Fármacos (Mercurio, Dilantín sódico, Bromo)

Radiación Roegten de radio y atómica.

III - FACTORES PSICOSOMATICOS

Malos hábitos que dañan el Parodonto.

Bricomania o Bruxismo.

Tensiones Musculares.

Chupar el dedo.

Morder las uñas.

IV - GINGIVITIS

Definición: Etimológicamente significa inflamación de la encía, y se define como un aumento de volumen que sufre la encía, como una respuesta ante los irritantes locales y a los transtornos generales ó sistémicos.

Se clasifica de acuerdo a su duración en aguda o crónica.

En la gingivitis existe un aumento de volumen en la encía marginal que forma una bolsa llamada gingival o virtual.

La bolsa gingival es el aumento patológico del intersticio gingival, sin existir migración apical de la inserción epitelial. La bolsa Parodontal se define como aumento patológico del intersticio gingival y aquí a diferencia de la anterior, sí existe migración apical de la inserción epitelial.

La gingivitis se caracteriza por las alteraciones de la encía marginal y de las papilas interdentarias y los principales signos y síntomas son los siguientes:

a) Cambios de la textura (pérdida del puntilleo y con aspecto fibroso y liso.)

b) Cambios de la coloración (del rosado hasta los tonos rojo magenta).

c) Cambios en la forma (edema)

d) Cambios en el intersticio (ulceración del epitelio, sangrado)

e) Cambios del margen gingival (crecimiento excesivo, bolsa virtual).

f) Hendiduras y festones.

g) Presencia de irritante local (sarro)

Distribución. Esta puede estar localizada en la encía correspondiente a un solo diente (marginal, papilar) ó a un grupo de dientes. O bien se puede presentar generalizada a toda la encía. Se llama difusa cuando ataca encía marginal, adherida y encía palatina.

Etiología

Infecciosa
Química local (extrínseca)
Física
Sistémica (intrínseca)

Tratamiento

Raspado y pulido de las raíces. Medicación de acuerdo a su etiología.

Autoterapia oral.

PARODONTOSIS

Es una secuela de la gingivitis y en la cual se observa una inflamación mucho más extensa hacia los tejidos de soporte más profundos. Hay pérdida de puntilleo, bolsas profundas por lo regular con supuración, dientes flojos. Hay formación de absesos Parodontales, agudos. Baja la resistencia del tejido.

Aspecto Radiográfico

Resorción de la cresta del hueso alveolar en varios grados, extendiéndose sobre la mayoría de los dientes.

Etiología

Es parecida a la de la gingivitis, con diferencia que su duración es mayor ó con consecuencias más severas. Lo más factible es que los factores intrínsecos sean los más significativos.

Tratamiento

Raspado y pulido de las raíces, curetaje subgingival. Gingivectomía. Otros métodos quirúrgicos para crear al tejido un contorno fisiológico. Según su etiología su medicación será la adecuada. Cepillado correcto y ferulización de los dientes móviles.

GINGIVOSIS

Llamada también Gingivitis Descamativa Crónica. Se usa el término para describir una alteración gingival relativamente poco común, que en su forma más severa presenta características clínicas muy llamativas, las cuales consisten en presencia de zonas aisladas de forma irregular en la que la encía aparece denudada y de color muy rojo (la superficie gingival es resquebrajada y friable y se descama en pequeñas zonas). Pueden aparecer vesículas superficiales que se rompen dejando salir un fluído acuoso y exponiendo una superficie subyacente rojiza, es extremadamente dolorosa.

Hay disturbios gingivales localizados principalmente en la encía adherida, hay pérdida del puntilleo y presencia de encía brillante, roja y muy sensible. Degeneración del tejido conectivo, desintegración del tejido colágeno (de polimerización), separación del epitelio del tejido conectivo.

Etiología

Nutricional

Metabólica

Endócrina

Sistémica

Tratamiento

Tratamiento para corregir los factores sistémicos y

locales para prevenir irritación.

Se sugiere un cepillado correcto y el acetato de hidrocortone (local) que ha sido usado con éxito.

PARODONTOSIS

Es una enfermedad destructiva del aparato de inserción y de las estructuras de soporte del diente, propio de personas jóvenes, de carácter ideopático.

Sintomatología: en la fase inicial, la encía puede ó no estar afectada. Si lo está, no parece tener relación con la movilidad excesiva y la extrusión dentaria que prosigue hasta lograr la esfoliación completa de los dientes en el alvéolo, gracias a la gran destrucción ósea que presenta.

Los dientes se separan, formándose así los diastemas. No hay inflamación.

Cuando el proceso es avanzado, la migración es progresiva, formándose bolsas parodontales profundas y por consiguiente los dientes se movilizan ya que hay pérdida de lámina dura, ensanchamiento del espacio el cual es ocupado por el ligamento parodontal. Hay resorción irregular del hueso en dirección vertical afectando un diente, varios o todos los dientes.

La degeneración de los tejidos ocasiona que el proceso morboso produzca un cambio en los elementos de un tejido a una sustancia inerte. Esta degeneración puede ser hidrópica, grasosa, hialina, o calcárea. Hay un cambio cualitativo.

Etiología

Se debe a una combinación de varios factores:
Sistémicos: inferioriodad heredada del órgano dental.
Local: desarmonía respecto a la erupción, migración mesial, atrición, reparación ósea.

Tratamiento

Fefulización: para prevenir migraciones.

Sistémico: de acuerdo a los descubrimientos médicos. Eliminación de las bolsas.

Local: Prevención de los traumas oclusales secundarios, ferulizando y reconstruyendo.

Efectuando un ajuste oclusal.

Cepillado correcto.

V. CONSIDERACIONES PARODONTALES PARA LA CLINICA DE PROTESIS FIJA.

Para obtener un éxito completo con una prótesis fija en cuanto a funcionamiento y tolerancia se refiere, debemos tener muy en cuenta la relación de dichas prótesis con el parodonto.

Sin excepción la prótesis fija debe ser colocada de tal forma que su borde terminal sub-gingival, quede por encima de la inserción epitelial y nunca coincidir con esta inserción, porque si así ocurriese, ésta sufriría una migración hacia apical.

El borde subgingival de la prótesis, debe ser afilado y bien adaptado al tejido dentario y debe existir un ajuste sin solución de continuidad, ya que su falta de adaptabilidad traería como consecuencia una irritación semejante a la producida por el sarro.

Para lograr esto, hay que tomar en cuenta la anatomía del contorno cervical, para proceder desde el desgaste de la pieza hasta la construcción de la prótesis en una forma adecuada, y no dar un contorno erróneo a la prótesis. A esto se debe la importancia del conocimiento de la Anatomía del contorno cervical de cada diente, ya que, es peculiar en cada pieza y no tiene relación alguna con la anatomía oclusal.

Otra condición importante es el buen pulido y bruñido de la prótesis, para impedir la adherencia de una placa bacteriana entre la prótesis y el epitelio gingival; si no se procede de esta manera, habrá una irritación seguramente.

Otra de las consideraciones de importancia es la referente a la oclusión, la cual debe ser equilibrada o balanceada, lo mismo que establecer medidas profilácticas y cualquier tratamiento quirúrgico requerido, (gingivectomía, reducción del proceso óseo, etc.) realizándolo antes de planear la preparación de los pilares.

La encía, la membrana periodontal y el proceso alveolar deben llevarse al más alto grado de salud posible antes de preparar los pilares.

Tenemos que notar que uno de los propósitos de la instalación de una prótesis fija es mejorar las condiciones de las estructuras orales, antes de proceder a construírla, es preciso alcanzar las mejores condiciones de salud.

Si bien se presenta la retracción gingival, ésta puede estar en relación con la edad del paciente, o bien puede estar relacionada con hábitos oclusales del paciente. Lo mismo si ocurre con el proceso alveolar que sufre una retracción y que una vez que hayamos quitado el factor etiológico, notemos por medio de una exploración armada que no se ha producido ninguna bolsa

patológica o no alcanzó la bifurcación radicular, el diente a tratar puede utilizarse igualmente, ya sea en forma unitaria o bien ferulizando con otro u otros dientes vecinos. Si el hueso del soporte es débil, es necesario analizar detenidamente todos los factores del caso clínico antes de empezar a utilizar ese diente como pilar.

La forma, distribución y posición de los dientes, los cuales se van a restaurar, tienen que estar regidos de acuerdo con la posición que guardan sus antagonistas (encontrándose éstos normalmente en posición) para lo cual se efectúa un estudio, tanto en modelos de yeso, como clínicamente.

La forma y longitud de un diente antagonista puede ser modificada en algunas medidas por desgaste, y cuando sea necesario para la construcción de una corona o incrustación.

VI. DEFINICION DE TERMINOS DE PROTESIS FIJA.

Prostodoncia Fija: Es la ciencia y arte que tiende a substituir los dientes afectados, perdidos, restaurando la forma, estética y funcionamiento.

Prostodoncia Parcial: Es la ciencia y arte que trata de la restitución de un número determinado de piezas dentarias perdidas y sus elementos adyacentes.

Prótesis Parcial Fija: Es un aparato dento-Protésico que substituye un número determinado de piezas dentarias y su característica es que no puede ser retirado de la boca por el propio paciente.

Puente Fijo: Es un aparato dento-Protésico destinado a restituir las funciones anatómicas y fisiológicas, así como los caracteres estéticos de un número limitado de piezas faltantes; usando para su sustentación, una, dos o más piezas naturales a las que queda fijo por cementación (previa preparación protésica adecuada de las mismas).

Todo puente fijo consta de 4 elementos básicos, como son:

Pilares, Anclaje, Tramo y Conector,

o también:

Pilares, Póntico o Intermedios, Soportes y Conectores.

Pilares. Es el diente natural ó raíz a la que la prótesis se fija y es quien provee el soporte.

Anclaje. Es la restauración que remodela el pilar preparado y es el agente mediante el cual, el puente se cementa a los pilares y a los cuales se conectan los dientes artificiales, también se llama Soporte.

Tramo. Reemplaza a los dientes perdidos estética y funcionalmente; por lo general, pero no necesariamente ocupa el lugar de los dientes ausentes.

Póntico o Intermedio. Es el elemento de la prótesis fija que substituye a las piezas dentarias perdidas, restaurando la función de éste.

Conector. Es la parte del puente que une la parte del anclaje con el tramo o las unidades del puente. Puede ser Rígido (es decir en unión soldada) y no Rígido (como el apoyo suboclusal o apoyo oclusal en forma de cola de Milano). Ejemplo de conector: la soldadura.

La Prótesis Fija, según el tipo conector la podemos dividir en:

a) Prótesis Fija Rígida

b) Prótesis Fija Semi-rígida

c) Prótesis Fija con Póntico volado.

a) Prótesis Fija Rígida. Es aquel que los conectores son Rígidos, o sea que su unión está basada en Soldadura.

b) Prótesis Fija Semi-rígida. Es aquel que usa un conector rígido y un semirígido, o sea por un lado está soldado y por el otro lado es a manera de hembra y macho, o sea, utilizando caja y clavija a manera de cola de milano, como los aditamentos de Semiprecisión.

c) Póntico Volado. Es aquel que usa de conectores Rígidos fijos sólo en uno de sus extremos, ya sea mesial o distal y la demás parte va volada.

La prótesis de Coronas y Puentes es la ciencia y arte de la restauración completa de un solo diente, o del reemplazo de uno o más dientes, mediante el aparato parcial no removible.

Corona. Es la restauración que reproduce la Superficie Anatómica y Funcional de un diente.

Puede ser de metal fundido, con frente de resina o porcelana o como las denominadas coronas fundas, construídas íntegramente de resinas sintéticas o porcelanas.

VII. PREPARACION DE CAVIDADES.

La preparación de cavidades dentarias según su finalidad la podemos dividir en 3 grandes grupos que son:

Terapéutica

Protésica

Mixta.

Terapéutica:

Cuando el desgaste de las piezas tenga como finalidad tratar una lesión dentaria como lo es la caries, la erosión, - la abrasión o la fractura.

Protésica:

Cuando la preparación de una pieza dentaria está destinada para construir cualquier parte de un aparato protésico, como lo es el pilar de puente fijo, de precisión o semi-precisión, así como para formar parte de una férula, etc.

Mixtas:

Son aquellas preparaciones dentarias que se efectúan con fines terapéuticos y se pueden usar para formar parte de la estructura de un aparato protésico.

Aquí solo nos ocuparemos de los grupos Protésico y Mixto. Dichos grupos para ser mejor comprendidos, se subdividen en intracoronarios y extracoronarios.

Cavidades Intracoronarias:

Son aquellas preparaciones que se efectúan con la eliminación de tejido dentario interno para proporcionar al material de la restauración una retención interior.

Cavidades Extracoronarias:

Son preparaciones que cubren las zonas periféricas del diente.

Estos tipos de preparaciones pertenecen a la clase de Black.

Estas preparaciones según su extensión se sub-dividen en : Compuestas y Complejas.

Compuestas: Son las preparaciones que abarcan 2 caras de una pieza dentaria.

Complejas: Preparaciones que se extienden a 3 o más caras del diente.

Cuando deseamos incluir una pieza dental en un aparato Protésico, debemos efectuar un estudio concienzudo para elegir la preparación adecuada al caso, para esto es necesario conocer las indicaciones y contraindicaciones de cada preparación.

Cavidades Intracoronarias.

Dentro de las preparaciones compuestas tenemos las cavidades de 2a. clase de Black, cavidades tipo Ward, Gillett, Irving

para ser preparadas en Molares y Premolares.

En caninos e incisivos se utilizan preparaciones de tercera clase con cola de Milano y las próximo incisales.

Entre las preparaciones complejas se encuentran las preparaciones tipo MOD y sus variaciones. Onlays y MOD con alfileres en Premolares y Molares, así como Cavidades buco-próximo oclusales y linguopróximo oclusales.

En incisivos y caninos se preparan cavidades MLD y próximo inciso lingual. Pin-ledges (preparaciones linguales o MLD con alfileres).

Indicaciones:

Estas preparaciones de cavidades se deben hacer en dientes sanos ó ligeramente lesionados.

En pacientes que mantienen su boca en una higiene correcta.

Personas adultas con cámaras pulpares pequeñas

Pacientes con un índice de caries bajo.

Por medio de las variaciones en el diseño de algunas preparaciones se ha logrado satisfacer el factor estético.

Nos proporcionan un perfecto ajuste y una excelente adaptación de la restauración y del diente.

Mecánicamente son muy resistentes al desgaste.

Las características biológicas de estas preparaciones las hacen ser las más indicadas.

La característica más sobresaliente de estas preparaciones es la de tener, casi todas ellas, su límite de terminación muy por encima del margen gingival, con lo que evitamos la necesidad del tallado de una línea de terminación - Subgingival y así reduciremos los riesgos de lesionar el tejido gingival.

Contraindicaciones

En dientes muy lesionados no es posible utilizar estas preparaciones.

En personas que poseen bocas muy desaseadas tampoco son recomendables.

En pacientes con un elevado índice de caries no es recomendable la preparación de estas cavidades; sobre todo las - llamadas Compuestas, ya que dejan expuesta una cara proximal y la región del tercio cervical de la pieza dentaria.

Preparaciones Extracoronarias.

Dentro de este grupo encontramos las cavidades del tipo Overlay talladas tanto en molares y premolares.

Otras preparaciones que requieren desgastes mayores de tejido dentario, son las preparaciones para Coronas Veneer, Jacket y Crown, Coronas totales de porcelana con base metálica y totales metálicas usadas en todas las piezas dentarias.

Indicaciones:

Son las preparaciones tanto estéticamente como funcionalmente, por llenar todos los requisitos estéticos deseados, y porque pueden ser empleados en todas las piezas, por muy lesionadas que se encuentren. Se pueden considerar como la mejor ayuda para la prótesis.

Contraindicaciones:

Para su preparación es necesario sacrificar gran cantidad de tejido dentario, a causa de los grandes desgastes de tejido.

Se corre el riesgo de afectar el órgano pulpar y tener que utilizar la endodoncia.

Están contraindicadas en dientes jóvenes con cámaras

pulpares amplias, por la necesidad que hay de hacer grandes desgastes de tejido dentario, ya que se corre el riesgo de producir una exposición pulpar.

La principal contraindicación, es desde el aspecto parodontal, ya que aún después de haber decidido, por medio del diagnóstico individual de las piezas, la colocación del margen gingival, en un nivel correcto, y contando con la habilidad del cirujano dentista para lograrlo; siempre corremos el riesgo de lesionar la pared gingival del intersticio, estableciendo como resultado un padecimiento gingival.

La colocación del márgen gingival de una preparación depende de la posición de la reserción epitelial.

Idealmente debe estar situado en el fondo del Surco Gingival, en el punto más coronario de la adherencia epitelial; si pasan este límite se produce una lesión de la inserción; al cicatrizar hay una migración hacia apical y es entonces cuando aparece la enfermedad parodontal. Si el límite está muy por encima de la adherencia epitelial, queda una zona de tejido dentario, susceptible a la caries y a la acumulación de alimentos causando irritación gingival.

Se puede clasificar en cuatro formas el tallado del margen gingival.

1. Forma de Borde de Pluma.

Es una preparación poco usada por sus defectos, el modelo de cera de la restauración, no posee el suficiente volumen para poderse obtener un vaciado correcto. No hay una línea definida de terminado, por lo que el operador, no puede determinar, una sobre o falta de extensión de la preparación.

2. Forma de Borde de Cuchilla

Es muy usado para coronas totales metálicas y su combinación con otras formas de tallados para muchas otras clases de restauraciones, proporciona una línea de terminado bien definida. El vaciado está provisto de un buen volumen de material, se talla generalmente en caras linguales y proximales.

3. Forma de Bisel

Es una preparación de la forma de hombro, se hace en un ángulo tal, que extiende el margen hacia el surco gingival.

4. Forma de Chamfer ó de Chaflán

Es una de las más aceptadas formas de márgenes, proporciona un volumen de material adecuado, su construcción no requiere de un desgaste muy grande de tejido dentario, por lo que no llega a estimular más de la cuenta el tejido dentario. Es muy usado para preparaciones de coronas Veneer, totales, parciales, Pin Ledges y Mac Boyle o 3/4.

5. Forma de hombro

Es muy aceptable para preparaciones que requieren de un área suficiente de soporte para el volumen de la restauración.

Combinado con el tipo de bisel, se usa en cavidades para Onlayo, Onlays, Coronas parciales, en caras vestibulares combinada con otro tipo de preparación en piezas que van a llevar coronas Veneer para proporcionar suficiente espacio para el frente estético.

Su empleo requiere de un desgaste máximo de las estructuras dentales, acompañado de irritación y estimulación pulpar muy grande.

VIII. CARACTERISTICAS DE CAVIDADES CON FINES PROTESICOS

Las características Anatómicas individuales de las preparaciones dentarias están en íntima relación con las propiedades de los materiales que se usaron en la construcción de la restauración.

De una manera general podemos decir que en la preparación en cavidades Intracoronarias, tenemos que tener presente el material de restauración, para el tallado de las paredes de la pieza, para proporcionarles retención a los materiales que necesitan de ella y a los que no, como ocurre con las incrustaciones metálicas, se tallan las paredes de la cavidad de forma no retentiva y un biselado correcto.

En preparaciones extracoronarias, el tallado del tejido dentario, también guarda relación, con el material de restauración, como ocurre con preparaciones para Jacket Crowns, en las cuales se desgasta más que en ninguna otra preparación el tejido dentario, con el objeto de dotar de un hombro o escalón que tenga la suficiente dimensión para alojar la cantidad necesaria de metal. En las preparaciones para Corona Veneer, totales de oro y coronas de porcelana con base metálica, el desgaste no es tan severo, por no ser necesario el tallado subgingival del hombro de las preparaciones de Jacket Crown; y en el caso de que se necesitara hacer como en las Coronas Veneer o en las de porcelana con base metálica solo sería necesario tallarlo, en la cara Vestibular y en la mitad de las caras proximales, en el resto del contorno se tallaría una línea de terminado de forma de borde de cuchillo o chaflán.

IX. FERULIZACION : A BASE DE CORONAS E INCRUSTACIONES, CON O SIN ALFILERES.

Ferulización. Es un aparato dentoprotésico que sirve para inmovilizar dientes móviles ocasionado por padecimientos parodontales, teniendo como punto de apoyo piezas dentarias vecinas, firmes, de donde asir el aparato.

El objeto de la ferulación es crear una unidad firme, multirradicular que proporcione una mayor resistencia a las fuerzas que actúan sobre ella. Entonces tendremos mayor resistencia a las fuerzas cuantos más dientes se incluyen en la férula y que posean mejor tejido de soporte.

Debemos tener en cuenta que no hay un número fijo de dientes para hacer una férula, sino que varía en cada caso.

Propiedades :

Las férulas se pueden considerar como coadyuvante en el tratamiento parodontal, ya que ayudan a la curación, reduciendo las fuerzas traumáticas y proporciona descanso fisiológico. Mantiene inmóviles a los dientes móviles y dá alivio inmediato.

Impide la movilización de los dientes firmes. Mantiene a los dientes movidos ortodóncicamente en su lugar.

Clasificación:

Las férulas se clasifican desde el punto de vista del tiempo que se encuentran en la boca, en:

a) Temporales

Los que se usan por un período limitado de tiempo, mientras se establece la salud parodontal.

b) Permanentes

Son las férulas que permanecen en la boca por un tiempo ilimitado y son las que se usan constantemente para mantener la salud dental.

c) Provisoras

Son las que se usan durante un tiempo variable para comprobar el pronóstico que se ha hecho sobre dientes dudosos.

Se dividen según su permanencia en la boca en : Fijas y Removibles.

Según el tipo de su construcción en : externas e internas.

Son externas, las que se sobreponen en las piezas dentarias sin necesidad de modificar su estructura.

Son internas, las que para su colocación es necesario desgastar las piezas dentarias y reemplazar las estructuras dentarias.

Aquí solo trataremos de las férulas permanentes, fijas e internas, que se pueden definir como aparato dentoprotésico que se usa como coadyuvante en el tratamiento de los padecimientos parodontales. Permaneciendo siempre en su sitio, fijada a la anatomía de las piezas dentarias.

La ferulización se considera como factor mecánico, utilizado para evitar, reducir o eliminar el movimiento de los dientes que poseen un soporte lesionado y debilitado, es necesario combinar este factor con un remodelado de las coronas y armonizar la anatomía de los dientes a los movimientos mandibulares del paciente.

Con respecto al número de dientes necesarios para estabilizar un diente móvil hay que tener en consideración el grado y dirección de la movilidad, la cantidad de hueso de Soporte, situación del diente móvil en la arcada y si va a ser utilizado o nó como pilar.

Por lo general es necesario usar más de un diente como soporte para ferulizar un diente móvil. Al aumentar el número de dientes móviles, hay que aumentar el número de dientes firmes, variando este número según el caso a tratar.

La ferulización con aparatos permanentes fijos se debe hacer evitando la destrucción excesiva de las piezas dentarias, para lo cual se utilizan en dientes posteriores, incrustaciones MOD y en dientes anteriores se deben usar incrustaciones

de alfileres (Pins). Todo este tipo de Restauraciones debe guardar un paralelismo, para después ser unidas por un conector o soldadura.

Esta combinación de férulas con alfileres en la región anterior y con incrustaciones en el segmento posterior, forma una férula intracoronaria fija que estabiliza los dientes interesados, tanto en sentido mesiodistal como vestíbulo lingual.

Si se desea construir la férula con Coronas Veneer, hay que tener muchísimo cuidado al construirlas para darles los contornos interproximales y gingivales correctos, ya que de no ser así, lo único que se lograría sería perpetuar y agravar la enfermedad que tratamos de remediar.

Cuando hay dientes ausentes en una arcada dentaria, hay que incluir dentro de la férula fija la reposición de la pieza o piezas faltantes.

Teniendo en cuenta que si el diente pilar distal es el último del arco y está móvil, y esta movilidad es mesiodistal con solo un pilar anterior es suficiente, pero si la movilidad es bucolingual, hay que aumentar el número de pilares anteriores.

Los soportes de las férulas, como ya dijimos, pueden ser Onlays o incrustaciones mesio-oclusodistales; Coronas Veneer,

incrustaciones de alfileres o Pin Ledges, coronas 3/4, etc.

De preferencia se deben usar los Onlays en piezas superiores o inferiores del Segmento posterior del arco e incrustaciones del arco; e incrustaciones de alfiler para los dientes anteriores, superiores e inferiores.

Onlays:

Por ser restauraciones que llegan solo hasta la unión del tercio medio con el cervical nos evitan los problemas con el parodonto, ya que terminan muy por encima del margen ginvival. Por su diseño, nos proporcionan una retención adecuada.

Las desventajes que presentan son con respecto a la estética y a la caries. Pero estas limitaciones son superadas por el hecho de que dichas restauraciones evitan los trastornos del margen gingival, por lo que se recomienda para su uso, viéndolo desde el punto de vista parodontal.

Coronas Veneer:

Son de las restauraciones que satisfacen más requisitos. Pero aún construída idealmente, tiene riesgos de producir enfermedades gingivales, por reemplazar la pared dentaria natural del surco gingival, con lo que favorece la adherencia de restos alimenticios y formándose con ello un aumento en la flora bacteriana y la aparición de la inflamación gingival.

Lo mismo ocurre con las coronas de cofias de metal y recubiertas de porcelana y de todas las restauraciones cuyos bordes gingivales se extienden hasta el fondo del surco gingival. Pero este tipo de restauraciones solamente deben ser usados cuando no sea posible usar preparaciones más conservadoras.

Incrustaciones con alfileres o Pin Ledges:

Son restauraciones que llevan todos los requisitos para ser aceptadas. En primer lugar no es necesaria una destrucción excesiva dentaria para su construcción, ya que solo abarca la cara lingual del diente, la cual se desgasta solo para dar fortaleza estructural al oro, además son sumamente delgadas; los alfileres le dan una perfecta retención al ser colocados, uno colocado en la zona del cingulum y 2 colocados en la zona linguoincisal; se puedon efectuar variaciones como son: el uso de las caras interproximales y construir rieleras en cada una de estas caras, o hacer cajas en las caras proximales.

Con estas incrustaciones, se evita el uso de coronas totales en los dientes anteriores y sus riesgos.

Estas incrustaciones son soldadas en sus puntos interproximales y así se construye un aparato dentoprotésico fijo.

Las combinaciones de Onlays con las incrustaciones de alfileres es lo ideal para lograr una fernlización perfecta, y

además, no se necesario tocar los contornos vestibulares y linguales del tercio cervical de los dientes naturales, preservando la relación correcta del diente con el tejido gingival y hueso adyacente y así logramos la máxima de mantener la relación óptima del diente y la encía manteniendo la salud parodontal.

X. DISEÑO DE LA PROTESIS

Es práctica clínica habitual colocar el borde cervical de las coronas bajo el margen gingival libre; se trata con ello de lograr una mayor retención mecánica cuando el muñón es corto, pero además tienen una finalidad estética de ocultación de esta zona que nos descubre la artificialidad de la restauración. Se trata también de asegurarnos contra la formación de caries cervicales y por ello se ha seguido el postulado de Black sobre la extensión preventiva, ya que según sus normas, el margen gingival debe ser protegido colocándolo aproximadamente a la mitad de la hendidura gingival.

Esto es correcto en cuanto a evitar la formación de caries cervicales, puede dar lugar a procesos inflamatorios marginales.

a) Relaciones funcionales de los dientes

Efectuando una relación entre forma y función es fundamental la reconstrucción de los contornos vestibulares y linguales de las piezas, pues desde el punto de vista funcional, los dientes y encías no pueden ser considerados como entidades separadas, ya que hay una estrecha vinculación entre ambos, los tejidos duros y blandos forman una sola Superficie.

En los dientes naturales apreciamos un resalte que según el Dr. Wheeler, en unos casos está más cerca del margen vestibular y en el lingual más alto; su misión es desplazar los

alimentos hacia las zonas gingivales preparadas para recibir este roce, que a la par sirve de estímulo para ellas.

Con nuestras preparaciones tenemos que reconstruir estas superficies correctamente, pues de no hacerlo, los alimentos se dirigirán sobre el reborde gingival libre acuñándose en el surco. Si la reconstrucción es voluminosa, se creará una zona de retención donde por falta de autolimpieza y estímulo se mantiene una inflamación crónica marginal.

Consideramos entonces esencial el mantenimiento del tono gingival, ello se consigue con una reconstrucción anatómica adecuada que facilite el estímulo derivado de la masticación de alimentos consistentes.

Molhuysen ha diseñado en Amsterdam unas Coronas de anatomía diferente pero de utilización posible cuando el tramo del póntico es largo; se caracterizan por sus formas bastante cónicas, con su mayor contorno a nivel del cuello, pero que dan suficiente protección a los márgenes y evitan el estancamiento de residuos ya que dan la adecuada deflacción a la encía y no tienen ángulos muertos; los espacios son más abiertos en regiones interproximales y hay suficiente estímulo para la papila interdentaria, las troneras de escape son amplias y los rebordes marginales están bien marcados. Si bien las condiciones estéticas de este tipo de prótesis no es buena, la función si está bien establecida y en tramos posteriores puede ser utilizada, pues su fundamento es la reducción de la carga

por estrechamiento de la superficie oclusal.

b) Puntos de contacto

Funcionalmente son importantes por sus dos principales funciones:

1.- Evitar la acumulación o empacamiento de comida entre dientes adyacentes.

2.- Ayuda a estabilizar los arcos dentales por medio del anclaje combinado de todos los dientes de los arcos en contacto positivo uno con otro.

El punto de contacto, durante el proceso de la masticación es el encargado de decidir el bolo alimenticio de tal forma que se dirija hacia las superficies bucal y lingual al través de los nichos, estimulando las papilas interdentarias a su paso.

La estabilidad de la forma del arco está regida por la situación correcta de los puntos de contacto.

En una arcada dentaria, uno de los puntos más importantes para mantener la estabilidad de su arco, son los puntos de contacto de canino y primer premolar y canino lateral, ya que los caninos son la clave entre los dientes incisivos y las piezas posteriores, y sus puntos de contacto compensan la fuerza opuesta que ejercen los labios.

Los puntos de contacto están constituídos por la forma más o menos convexa de las caras proximales de los dientes, siendo esta convexidad más pronunciada en las distales. Esta característica anatómica hace que las piezas dentarias tengan un contacto limitado con los dientes adyacentes, que tiende a variar en cada persona y la edad del paciente.

c) Relación de la Encía con la forma de la Corona

En los casos de pacientes que sufren padecimientos parodontales y presentan retracciones gingivales causando exposición radicular, lo que causa que la anatomía de la corona sea defectuosa por la nueva relación corona-encía, esto trae las mismas consecuencias que una mala restauración.

Cuando se construyen restauraciones defectuosas en dimensión, ya sea en exceso ó en defecto, causaremos falta de estimulación gingival como pasaría en el caso de una restauración en exceso; y un empacamiento directo de comida en el surco gingival, que causaría una seria irritación gingival en el segundo caso.

De aquí estriba la importancia de la forma de la corona y su relación con la encía para mantener la salud y estimulación de ella.

XI. PONTICOS O INTERMEDIOS. (Ajuste Parodontal)

Definición.- Es la parte de un aparato Dentoprotésico fijo que reemplaza a un diente natural perdido, restaurando la función de éste, tomando el lugar de la pieza donde se encontraba la pieza natural.

Los dientes naturales ausentes, al no ser reemplazados causan una serie de cambios en la arcada dentaria que nos conducen a diversos grados de enfermedad parodontal.

Por lo general, la falta de un diente produce migraciones e inclinaciones de los dientes adyacentes, con lo que desaparecen los puntos de contacto interdentarios, acarreando esto un empaquetamiento de comida, acompañado de una inflamación gingival y pérdida de hueso en las zonas interproximales. Los dientes opuestos sufren extrusiones que alteran las relaciones de contacto entre estos dientes, favoreciendo el empaquetamiento de comida, acompañado de formación de bolsas y pérdida de soporte óseo.

Los pónticos tienen que llenar ciertos requerimientos como son:

1. Restaurar la función de la pieza que reemplaza.
2. Asegurar su higiene.
3. Enfrentarse a las exigencias de comodidad y estética.

4. Ser biológicamente aceptados por los tejidos.

De acuerdo con el material que se emplea para la construcción de los pónticos se clasifican en: Simples y Combinados.

Los Simples son los que se construyen totalmente de un solo material, ya sea metal, porcelana o de resinas acrílicas, ó bien puede ser de tipo combinado de metal con porcelana o de resinas acrílicas.

El tipo de póntico más usado en la actualidad es el combinado, éste tiene las porciones ó caras labial o bucal y la gingival, construídas de porcelana ó resina acrílica y la cara lingual y oclusal está hecha de metal.

La relación que debe existir entre el póntico y la superficie de la mucosa que recubre el espacio desdentado, es otro de los puntos sobre los cuales se ha discutido ampliamente. Algunos autores recomiendan que el póntico toque solamente en un punto con la superficie de la mucosa gingival, permitiéndole a ésta un cierto movimiento para eliminar el riesgo de una irritación causada por la presión sobre el reborde de la encía que iría acompañada de atrofia por presión del reborde óseo y de trastornos parodontales de los dientes adyacentes; si se deja un pequeño espacio entre el póntico y la mucosa, éste favorece la acumulación de restos alimenticios que nos producirán irritación. Lo mismo ocurre con superficies de contacto anchas, planas y angulares, porque nos permiten estancamientos de alimentos,

además de evitar la estimulación de la comida sobre la Superficie Gingival y sólo nos proporciona una atrofia e irritación gingival. Es por esto que se recomienda la forma de tipo cónico a cualquier otra forma, siempre que la estética nos lo permita.

También es recomendable por reunir uno de los más importantes requisitos, el póntico de tipo sanitario, ya que nos elimina el riesgo de la irritación de la mucosa gingival y nos proporciona una excelente estimulación y masaje de la misma durante la masticación.

Reacción del Tejido

En donde existe una relación correcta entre el contorno del póntico y el intersticio gingival, los tejidos responden tan favorablemente que en muchos casos se ha podido observar que la mucosa que está en contacto con la porción gingival del póntico, desarrolla lo que en apariencia se puede considerar una encía libre normal en la periferia del póntico.

Esto es una de las evidencias más marcadas de cómo responden los tejidos a la estimulación funcional. Dicha reacción favorable, no llega a ocurrir si el póntico no está correctamente glaseado ó pulido ó si carece de alguna compresión fisiológica correcta de la mucosa, ó si está con un contorno anatómico deficiente. También puede ser si la porcelana ó la resina acrílica que está en contacto con la mucosa del intersticio es áspera, no está glaseada y se encuentra mal adaptada. A causa de todo esto se presenta una reacción desfavorable del tejido, el cual con mucha frecuencia requiere de la remoción del puente.

XII. PROTESIS TEMPORAL

Toda restauración empleada en el transcurso de tiempo que hay entre el tallado de la preparación dentaria y la colocación de la restauración definitiva, se llama Prótesis Temporal.

a) El objeto de la construcción de este aparato temporal es el de dar una protección pulpar y gingival adecuada a la pieza ó piezas talladas.

En casos de piezas móviles, nos servirán además, como medio de inmovilización, para evitar migraciones y así mantener la salud gingival.

Mantienen las relaciones funcionales del diente en condiciones normales. Conservan las relaciones interproximales de las piezas.

Nos proporcionan a la vez una mejora en la estética del paciente, así como ayudan a la fonética y permiten al paciente una correcta masticación.

Algunos autores recomiendan el uso de Prótesis temporales metálicas, para lo cual estipulan que para su construcción no se deben emplear más de 5 días, y durante este tiempo se deberán usar resinas acrílicas.

Las restauraciones temporales más usadas, son las construídas con resinas acrílicas autopolimerizables, se pincelan con celofán líquido para evitar la irritación del tejido gingival, en los casos que se trata de restauraciones subgingivales.

Estas restauraciones, aún cuando su tiempo de permanencia en la boca es muy corto, ya que no deben permanecer más de un mes, deben ser construídas con sumo cuidado y guardando rigurosamente todas las características de una prótesis permanente, para no causar trastornos pulpares, ni producir irritación a los tejidos de soporte del diente.

Otra función que se ha atribuído a las prótesis temporales es la de emplearlas como aparatos correctores en los casos de pérdida de la dimensión vertical, de la relación céntrica y de la curva de compensación.

Se usan estos aparatos para corregir estos defectos debido a su fácil adaptación a las necesidades, así como por su bajo costo y ahorro de tiempo.

b) El método de construcción de estos aparatos se puede dividir en dos procedimientos; esto en cuanto a las prótesis de Resinas Acrílicas:

Directo. Después de haber tallado las preparaciones dentarias, se colocan las resinas sobre los dientes naturales,

a continuación se retira de la boca y se le da el terminado y pulido en el laboratorio.

Indirecto. Sobre los modelos de estudio se preparan las piezas a restaurar y se modelan en cera las restauraciones, luego se reproducen en resinas termocurables, después se pulen y se terminan en el laboratorio. Se llevan a la boca del paciente donde se rellenan con acrílico autopolimerizable para darles las características básicas de las preparaciones.

Este es un método más laborioso, pero es el que mejores resultados nos da, ya que nos reproduce prótesis que reunen todas las exigencias necesarias para considerarse ideales.

Se tallan los contornos bucal y lingual con sus convexidades y concavidades necesarias para producir masaje y estimulación al tejido gingival durante la masticación.

Los puntos de contacto son reconstruídos con toda exactitud al arco y protección a la papila interdental.

Valiéndonos del articulador ajustable nos es posible proporcionar un tallado correcto de las caras oclusales de los dientes, para no interferir con los movimientos mandibulares.

Nos permiten reponer en casos de piezas faltantes, la

ausente con un póntico perfectamente diseñado y funcionalmente aceptado.

Las Prótesis que poseen su línea de terminación subgingival, las debemos dotar de un contorno gingival correcto para evitar cualquier irritación hacia los tejidos de soporte.

Algunos autores recomiendan no prolongar las restauraciones temporales, hasta el límite de la preparación, sino que dejar el límite marginal por encima del borde libre de encía y el resto cubrirlo con el sobrante del cemento quirúrgico, al cual se le atribuyen propiedades protectoras del tejido gingival.

Siempre que se cemente una prótesis temporal, se recomienda quitar los excedentes del material de cementación, para evitar irritación de los tejidos de Soporte.

En este último caso que citamos, se debe dejar una delgada capa de cemento alrededor del cuello y la superficie que se encuentre en contacto con la encía, sea lo más lisa posible.

Este cemento no se debe dejar más de cuatro días en este lugar, para evitar irritaciones del tejido gingival.

CONCLUSION

Han surgido grandes mejoramientos en las técnicas y materiales en las prótesis fijas, que nos permiten unas restauraciones altamente satisfactorias mecánica y estéticamente; sin embargo desde el punto de vista biológico puede haber fallas que se manifiestan de diferentes maneras: se producen molestias, el puente se afloja, hay recidiva de caries, las estructuras de soporte se atrofian, ó la pulpa se degenera, se produce la fractura del armazón ó del frente, se pierde un frente estético, la prótesis no presta más utilidad, ó puede haber una pérdida completa del tono ó forma tisular, todas ellas superables fácilmente con un mejor conocimiento del problema.

Podemos decir así que los efectos de la prótesis sobre los tejidos parodontales no son menos importantes para el exito de la misma.

Como es sabido la prótesis fija y la salud de los tejidos parodontales en las piezas de soporte, estan intimamente ligados, su relación es tal que podríamos decir que el criterio por el que se valora el - futuro de una prótesis es la respuesta de los tejidos parodontales sobre los que va asentada; se ha establecido de una manera clara y - precisa que la prótesis para tener éxito debe estar subordinada al - parodonto de las piezas de soporte; podemos por lo tanto afirmar que la prótesis tiene que estar concebida y ejecutada con criterio parodontal, ya que es necesario que haya armonía entre el elemento mecánico inerte constituído por la prótesis y el vivo ó piezas soporte sobre las que va asentada.

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

ORBAN, DR.
PERIODONCIA DE ORBAN
TEORIA Y PRACTICA
EDITORIAL INTERAMERICANA
4A. EDICION
1975 - MEXICO

GLICKMAN IRVING, DR.
PERIODONTOLOGIA CLINICA
EDITORIAL INTERAMERICANA
1974 - MEXICO

JOHNSTON, PHILLIPS, DYKEMA
PRACTICA MODERNA DE PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES
EDITORIAL MUNDI, S. A. I. C. Y F.
1977 - BUENOS AIRES

RIPOL, CARLOS C.
REHABILITACION BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA
1A. EDICION.
1961 - MEXICO