

341
23



**Universidad Nacional Autónoma
de México**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**Procedimientos fundamentales de la
Prótesis fija**

T E S I S

**Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a**

FRANCISCO JAVIER PEREZ AVILA



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

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 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

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1. CONCEPTOS	
1.1 BREVE HISTORIA PROTESIS FIJA	3
1.2 DEFINICION PROTESIS FIJA	6
1.3 INDICACIONES CONTRAINDICACIONES ...	7
CAPITULO 2. HISTORIA CLINICA	10
CAPITULO 3. ELABORACION CORONAS	
3.1 CORONA ENTERA DE ORO	14
3.2 CORONA TRES CUARTOS ANTERIORES	18
3.2.1 CORONA TRES CUARTOS POSTERIORES .	23
3.2.2 CORONA SIETE OCTAVOS	26
3.3 INCRUSTACIONES COLADAS	28
CAPITULO 4. DIAGNOSTICO	
4.1 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y PLAN DE TRATAMIENTO	38
4.2 EXAMEN RADIOGRAFICO	41
4.3 SELECCION PILARES	43
CAPITULO 5. DISEÑO	
5.1 MODELOS DE DIAGNOSTICO	46
5.2 DISEÑO DE LA PROTESIS	48
5.3 RETENEDORES	49

CAPITULO 6. PROTESIS PROVISIONAL	51
CAPITULO 7. MATERIALES DE IMPRECIION	54
CAPITULO 8. ELABORACION	
8.1 CONSTRUCCION DE RESTAURACION	58
8.2 REGISTROS INTEROCUSALES	59
8.3 PRUEBA DE COLADO	60
8.4 CEMENTADO	62
CAPITULO 9. CUIDADOS	
9.1 CUIDADO DE LA PROTESIS POR EL PACIENTE	63
9.2 FRACASOS	64
CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFIA	66

I N T R O D U C C I O N

La Odontología es una de las ciencias de la salud que abarca el estudio de una terapéutica destinada a - prevenir el deterioro del aparato dentario y el uso de los procedimientos clínicos pertinentes que sirven para el mejoramiento de los pacientes.

Entre las muchas manifestaciones de la odontología tenemos la conservación o, restauración de las cualidades estéticas, bucales y faciales de la persona.

Una de las funciones de la práctica dental que se omite frecuentemente es la de combinar, coordinar los esfuerzos de investigación, de prevención y clínicos para que cada vez un mayor número de personas puedan evitar el uso de la prótesis completa. Si el paciente acude al odontólogo a edad temprana y se convence de los beneficios que le reportará la terapia, una correcta higiene bucal y la inmediata reparación del diente cuando la caries ha penetrado el esmalte, en lo sucesivo habrá poca necesidad de recurrir a restauraciones de mayor envergadura. Si la pérdida es inevitable el odontólogo debe informar que ese espacio debe ocuparlo una prótesis, para evitar per-

dida de espacios, con mayores consecuencias

Con frecuencia no se hace esta sugerencia o se hace sin mayor convicción. No se recalca la importancia de mantener intactos los arcos, y de exponer las secuelas del reemplazo de diente, ya que la pérdida de un diente afecta a la relación y posiciones de contacto de todos los dientes recurrentes de la boca. Los resultados tan positivos que se obtienen día con día en la prótesis fija dan al paciente la oportunidad de restituir su cavidad bucal y el cirujano dentista la satisfacción de haber contribuido a ello.

C A P I T U L O 1

C O N C E P T O S

1.1 BREVE HISTORIA DE LA PROTESIS FIJA.

Las prótesis dentarias fijas se realizaron desde mucho antes del nacimiento de Cristo. Los primeros escritos médicos y dentales del antiguo Egipto son los papiros Ebers, algunos de los cuales estarían fechados ya en el año 3700 a.C. en ellos se menciona a Hesi-Re que fue designado Dentista jefe de los faraones en el año 3000 a.C. No obstante, - según M.D.K. Brewmen en su historia no hay pruebas que - aseguren la existencia de ningún tipo de Odontología mecánica en el antiguo Egipto. Lo único demostrado es que - unían los dientes con alambre.

Es difícil señalar el comienzo exacto de la práctica dental ya que en la Antigüedad los individuos que se preocupaban de aliviar otras responsabilidades con las cuales se les podía identificar. Los hombres de todas las edades y culturas han estado dispuestos a mantener con su propio trabajo a los individuos de su sistema social que actuaban como guardianes de la salud. (1)

El puente fijo se desarrolló quizá a partir de una férula periodontal, de la cual se ha hallado en una tumba del cementerio de El Gizah, cerca de las grandes pirámides y la Esfinge, aproximadamente en el año 2500 a.C. Consta de un Tercer molar inferior izquierdo unido entre sí por un alambre de oro.

(1) ALVIN, L.M., Especialidades...., p.3.

Sin duda la prótesis fija fue construida en el siglo VII a.C. por los fenicios. Empleaban oro blanco o en rollo y alambre de oro para la construcción; también la soldadura y casi con seguridad, usaron imprecisiones y modelos. Eran modelos de Terracota de los labios y dientes del conador que se ofrecían a las divinidades.

Prescindiendo de las excepciones antes mencionadas la historia precoz de la práctica dental - está completamente ligada a la de la medicina. Desde los comienzos de la Literatura médica, conservada los autores - Esculapio Hipócrates, Galeno-Nevelanon, su interés por las enfermedades de la boca (2).

La historia de la odontología es extensa por lo tanto nos limitaremos a su historia más reciente. Hacia fines del siglo XIX había sido asimilado una gran parte de la teoría de la construcción de los puentes modernos, si bien no se disponía de equipo y materiales necesarios para construir prótesis en el alto nivel en el que es posible hacerlo hoy. Ya en ese momento abundaban las discusiones sobre el uso de puentes fijos-fijos o el de puentes fijos-movibles. - Harris en 1889-90 empleaba, en particular, diseños fijos-fijos, para lo cual trabajó mucho. Logró asegurar una adecuada retención con el uso de coronas completas, de perno, reforzadas con pivote de oro y, trabajaba sus incrustaciones de oro en su sitio con oro cohesivo.

(2) ALVIN, op.cit. p. 5

En 1914 Chayez enfatizó las ventajas de permitir el movimiento fisiológico, normal de los tejidos, con la inclusión de la encía, los alveolos y el periodonto. De esta manera defendió los diseños fijos-móviles y observó que este tipo de puente resultaba cual duradero.

Los progresos obtenidos en los últimos 100 años han simplificado en gran medida la construcción de los puentes.

Los avances más recientes en la prótesis de puentes incluyen el empleo de las porcelanas, al iníciar y las porcelanas que se funden sobre metal que proveen, una resistencia más considerable que cualquiera de los materiales anteriores.

Todos estos adelantos simplificaron muchísimo la construcción de los puentes y se han combinado para permitir su colocación con un mínimo de molestias para el paciente. A esto, y al notable aumento de vida de las naciones industrializadas se debe el haberse multiplicado tanto durante los últimos años, la demanda de las prótesis fijas.

1.2. DEFINICION DE PROTESIS

Una prótesis es reemplazo de la parte ausente del organismo humano mediante un componente artificial, tal como un ojo, etc.

Prótesis, es también la ciencia o arte de reponer partes perdidas del cuerpo humano.

PROTESIS DENTAL:

"Es la ciencia o arte que proporcionan sustitutos adecuados para la porción coronaria de los dientes naturales ausentes o extraídos y sus tejidos, relacionados de modo de restaurar la función alternada, la estética, el confort, y principalmente funcionamiento fisiológico, para la salud del paciente."

Esta definición es muy amplia y puede aplicarse a toda la odontología restauradora (3).

(3) ODONTOLOGIA, C.N.p. 174.

1.3. INDICACIONES Y CONTRA INDICACIONES

Al hacer un tratamiento protésico deberá ser lo más perfecto posible en su diseño y ajuste, para ayudar a restablecer la fisiología, anatomía y estética de la cavidad oral.

Para esto debemos tener en cuenta las indicaciones y contra-indicaciones y evitarnos de esta manera el mínimo de errores.

INDICACIONES:

- 1.- Correcta distribución de dientes pilares, esto será cuando exista uno o más pilares de ambos lados de la brecha desdentada, esto es en caso que la brecha sea corta y en brechas amplias existirá uno o dos pilares intermedios.
- 2.- Relación Corona raíz, esta relación está determinada por la ley de Ante, que dice: "En prótesis fija la suma de las superficies paradontales de los presuntos pilares deberán ser mayores o igual que el área paradontal de los dientes por sustituir". La relación más indicada corona raíz, es de 1 a 1 y medio.
- 3.- Se podrán utilizar piezas móviles de II y III grados, firulizándolos con los dientes normales.

- 4.- Se podrán utilizar restos radiculares con -
previo tratamiento endodóntico, que tenga
buena implantación ósea, y si tiene movili-
dad se tendrá que con
poste.
- 5.- Dientes con pérdida parcial coronaria (endo-
doncia), en caso de que no se usara el tra-
tamiento de conductos se tendrá que recons-
truir la corona con "ag" o resina, si es -
que no llega a la pulpa.
- 6.- Se utilizan pestos radiculares en piezas pos-
teriores haciendo muñones.
- 7.- La edad del paciente deberá estar entre 18 y
50 años.
- 8.- El tejido y membrana parodontal en las mejo-
res condiciones posibles (4)

CONTRAINDICACIONES:

- 1.- Cuanto la brecha desdentada sea tan amplia
que pueda comprometerse la salud de los -
tejidos de soporte de los presentes pila-
res.
- 2.- Que no se cumpla la relación corona raíz.
- 3.- Cuando la raíz tiene forma cónica o de peque-
ña longitud.
- 4.- Cuando los presuntos pilares presentan zonas
radiculares expuestas que no pueden ser -
cubiertas por el retenedor.

- 5.- Cuando no se observa una estricta higiene bucal.
- 6.- Cuando el hueso de soporte se ha reabsorbido o existe oclusión traumática, que no puede ser corregida.
- 7.- En pacientes adolescentes ya sea por que los dientes no están completamente erupcionados o el ter la pulpa excesivamente grande que impida hacer las preparaciones correctas o porque el crecimiento de la corona no ha terminado.
- 8.- En pacientes ancianos cuando el estado de soporte sea patológico (5)

C A P I T U L O 2

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es la narración de los acontecimientos relativos al estado en el que se encuentra la salud de una persona por medio del interrogativo.

La historia clínica es esencial en la valoración de los enfermos y es una de las ayudas más importantes para establecer un diagnóstico. Una buena historia comprende los datos más importantes sobre el sufrimiento que lleva el enfermo a consultar con el médico, la calidad de la historia viene determinada en gran manera por la competencia del entrevistador, pero también por la capacidad de comunicación del enfermo. Este, a su vez, está influenciado por la atmósfera, en que se realiza la Historia. Durante la entrevista debe concentrarse la atención en el enfermo (6).

A continuación presentamos un pequeño esquema en donde se indica la forma de realizar un interrogatorio, así mismo hacer más corto este capítulo y profundizar más sobre el tema a tratar, que requiere sobre nuestra hipótesis más atención y extensión (7)

(6) ZAGARELLI. K. H. Diagnóstico, ... p. 10.

(7) Ibid.

HISTORIA CLINICA

NOMBRE _____ APELLIDO _____
FECHA _____
OCUPACION _____

DOMICILIO _____ EDAD _____ SEXO _____ TALLA _____ PESO _____

TELEFONO DOMICILIARIO _____ TELEFONO DEL TRABAJO _____ ESTADO CIVIL _____

COSTUMBRES _____ ALIMENTACION _____ HABITACION _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS _____ ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES _____

FECHA DE ULTIMO EXAMEN MEDICO _____

FECHA DE ULTIMO EXAMEN ODONTOLOGICO _____

¿SE HAYA BAJO ATENCION MEDICA EN LA ACTUALIDAD? _____

¿DE QUE SE ESTA TRATANDO? _____

ANTECEDENTES QUIRURGICOS _____

PADECIMIENTOS TARTRITICOS _____

TIENE REUMATICA _____

TRASTORNOS CARDIOVASCULARES _____

TRASTORNOS HIPERTENSION _____

TRASTORNOS HIPOTENSION _____

TRASTORNOS INSUFICIENCIA CORONARIA _____

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS _____

ALERGIAS DE OTRO TIPO _____

DISCOCIAS SANGUINEAS _____

DIABETES _____

TRASTORNOS RENALES _____

TUBERCULOSIS _____

EXPERIENCIAS ODONOTOLOGICAS ANTERIORES _____

H A B I T O S

BRUXCISMO _____ CHUPADOR DE DEDO _____
FUMAR EN PIPA _____ SOSTENER PASADORES O CLAVOS
CON LOS DIENTES _____

T E J I D O S B L A N D O S

LABIOS _____ LENGUA _____
PISO DE LA BOCA _____ REGION YUGULAR _____

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

ZONA DESENTADA

DENSIDAD OSEA _____ INFECCIONES RESIDUALES _____
FISTULAS _____ RESTOS RADICULARES _____

C A R I E S

DIENTE (S) _____

Nótese que solo es una fase o parte del escrito porque se persigue únicamente, el mostrar en forma aproximada como debe realizarse una historia clínica.

D I E N T E S P I L A R E S

INCRUSTACIONES Y/O OPTURACIONES _____
CARIES _____
MOVILIDAD Y GRADO _____
ANOMALIAS DE FORMA Y POSICION _____
PROFUNDIDAD DE LA INSERCIÓN EPITELEAL _____
TRATAMIENTOS ENDODONTICOS _____
INFECCIONES PERIAPICALES _____
LONGITUD DE RAIZ _____ FORMA DE LA RAIZ _____
DENSIDAD OSEA _____
COLOR DE DIENTES _____
COLOR DE PORTICOS _____

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

GRAFICA DE TRATAMIENTOS

INDICAR LOS DIENTES FALTANTES TACHANDO _____
INDICAR DONDE SERA COLOCADO LA PROTESIS _____
SEÑALAR INCRUSTACIONES, OPTURACIONES, CORONAS Y PROTESIS _____
(8)

(8) ALVIN, L. Morris. op. cit. p. 20

C A P I T U L O 3
ELABORACION DE PILARES
3.1 CORONA ENTERA DE ORO

La corona de oro entera se utiliza como restauración individual o como anclaje de puente. El anclaje es definido como una restauración que reconstruye un diente pilar preparado y cuyo objeto es unir el puente al anclaje; En prótesis fija se requiere tallar el diente pilar con el fin de proveer lugar para la restauración metálica. Ello ha de realizarse de tal manera que el diente restaurado no corra peligro de lesiones pulpares, fracturas o caries. - Los dos, la restauración y el anclaje deben ser biológica y estéticamente aceptables.

A) INDICACIONES:

Las coronas completas (de oro) están indicadas principalmente en la restauración de los dientes posteriores deteriorados y como retenedores para prótesis parciales fijas. Puesto que la retención en una corona tres cuartos o de sieteoctavos bien hecha, puede ser de hecho superior a la corona completa, estas últimas no se han de usar con el solo objetivo de mejorar la retención. En muchos casos está indicada la reconstrucción con Ag. y perno antes de hacer la preparación para las restauraciones de corona completa (4) Fig. 3.2

Las características de la preparación del diente para la corona completa se ilustra en la figura 3.1 (9)

(9) ALVIN, L.M. op. cit. p. 765.

Cuando es primordial la estética, se indica una corona con frente de resina acrílica o porcelana, su tamaño puede ser aumentado para que haya una eficiencia masticatoria máxima, o reducido con el fin de disminuir o distribuir los esfuerzos que actuarán sobre la prótesis.

B) CONTRAINDICACIONES:

La corona completa es contraindicada, si la oclusión es adecuada, en bocas de índice de caries bajo o cuando la restauración necesita solo un mínimo de anclaje. Estas condiciones hacen factible la aplicación de preparaciones - menos externas que permitan preservar el esmalte vestibular. La corona entera de oro tiene algunas pequeñas desventajas.

Al considerar al oro como material hallamos en su estremada exactitud la justificación primordial para su empleo. No hay duda de que se puede colar el oro con mayor exactitud que - cualquier otro material dental y que conserva indefinidamente su exactitud si se lo trata adecuadamente en el taller. Sus desventajas son:

- 1.- Es más susceptible a despulirse y desgaste.
- 2.- Su peso representa problemas en prótesis externas (fracturas) (10)

Existen otros factores contraindicados para el oro por ejem-

plo, visibilidad, impide el contorno de la vitalidad, produce en ocasiones efectos desfavorables para el tejido. A pesar de esto es el metal primordial para la prótesis, tanto en elaboración de una unidad individual o prótesis de varias unidades en conjunto.

Lo que no es controlable es la visibilidad de metal, en el paciente, debido al gusto del mismo.

C) PREPARACION DE DIENTES LIBRES DE CARIES

Si se realiza en forma correcta la preparación de una corona entera no se producen lesiones pulpares, pero ésta puede convertirse en un procedimiento peligroso si lo realiza un operador poco cuidadoso e inexperto.

Se requiere que el operador sea suficientemente diestro en este tipo de preparaciones de manera que no peligre la construcción y colocación por la formación de un socabado que puede ocurrir de tres maneras.

1. Cuando las paredes convengan cervicalmente hacia el patrón de inserción, no se puede calzar el anclaje.

NOTA: Referente a materiales, la cantidad es variable, debido a eso nos enfocamos sobre el metal de mejor ajuste por lo cual mencionamos el oro como un material fino. Para la construcción de prótesis fija.

- 2.- Si el eje mayor del diente preparado diverge respecto del patrón de inserción, la porción cervical en mesial o distal de la preparación se convierte en una zona socavada.
- 3.- La prótesis no se podrá instalar, aunque las paredes proximales sean paralelas o converjan hacia oclusal. Otro tipo de socavado. Las depresiones que puede haber en la superficie de las paredes de la preparación (11).

D) PREPARACION DE CORONA TOTAL

- a) Forma del contorno. Se recomienda los bordes situados ligeramente por debajo, de la encía. Para facilitar la preparación y la colocación de la corona son útiles el dique goma y las grapas.
- b) Se precisa de la 1.5 mm de revestimiento de oro para obtener una resistencia adecuada y disponer del espesor necesario para la reproducción de una buena anatomía oclusal. Para la retención son necesarias paredes casi paralelas. Si se requiere una retención mayor, se puede lograr con surcos situados en las superficies bucal y lingual.

(12)

Se requiere solamente dos instrumentos rotatorios para la preparación de cualquier molar para una corona entera; la fresa carburo 169 L y 699 L troncocónica y diamante I.D.T. diamante 1/4 D.L.

(11) ROBERTS, D.H. O.P. P. 142

(12) ALVIN, L.M. op. cit. p. 765

3.2 CORONA TRES CUARTOS ANTERIORES

Como indica su nombre, la corona tres-cuartos cubre aproximadamente tres cuartas partes de la superficie coronal del diente. Esta clase de corona se usa en los dientes anteriores y posteriores superiores e inferiores, la retención de la corona tres cuartos se consigue por medio de surcos o cajas proximales que se unen, generalmente en las superficies oclusales o incisal.

La corona tres cuartos es una de las restauraciones más conservadas que pueden usarse en la retención de prótesis fija.

La corona tres cuartos, como pilar de puente, se puede aplicar en cualquier diente anterior o posterior. Ultimamente hay una tendencia a sustituir la corona tres cuartos por la preparación pinledge en los dientes anteriores. Esta es más fácil de preparar y se obtiene muy buena retención en todos los casos (13)

(13) D.H. ROBERTS. op. cit. p. 179

3.2 CORONA TRES CUARIOS ANTERIORES

Este tipo de restauraciones está indicado; 1) cuando los ángulos incisales de un diente han sido debilitados por caries proximal pero la superficie labial se conserva intacta, y 2) cuando un diente anterior con la superficie labial intacta se necesita para una prótesis parcial fija.

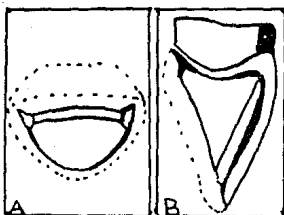
La corona tres cuartos anterior puede ser una restauración que preserve la estética y la armonía del diente, o puede carecer de estética, con gran exhibición de oro debido a su plan de tratamiento deficiente o a la extensión excesiva de los bordes de la corona. La corona tres cuartos anterior, se ha preparado adecuadamente, sigue siendo una restauración estética, sólida, retentiva y duradera. No deberá emplearse en las situaciones en que el metal - tenga que ponerse necesariamente en las superficies visibles (14)

En las figuras 3.1 se muestran las importantes características de la preparación.

Forma de Contorno: La forma de contorno labial ha de ser paralela a la curvatura del diente, adyacente. Esto proporciona extensión

(14) Hacemos notar nuevamente el gusto del paciente.

3.1



A: Preparación 3/4 anterior sup. vista incisal.

B: Vista proximal

adecuada para la prevención de la caries, y el contorno del oro alrededor del diente se disimula en las sombras de los espacios interdientales. Los bordes gingivales y proximales se han de extender ligeramente por debajo del borde gingival para prevenir la caries.

Forma de resistencia y retención: Es aconsejable un espesor de al menos 1 mm de oro en la superficie lingual del diente para resistir las fuerzas originadas por el contacto diente-diente. El sobresalte incisal presta mayor resistencia al colado en la zona que soporta el máximo esfuerzo oclusal. La reducción del borde incisal ha de ser mínima 0.5 mm debe de existir un paralelismo a los dos tercios incisales de la superficie labial. Cuando los surcos se hacen paralelos al eje mayor del diente, hay gran tendencia a recortar demasiado los ángulos del diente y a darle un aspecto cuadrado.

Biceles: Las superficies proximales suelen tener una línea terminal ligeramente en tajada.

La superficie lingual presenta un chaflán acentuado para facilitar el paralelismo entre los surcos proximales y la superficie lingual del diente.

Un ligero bisel en el borde incisal permite un espesor adecuado de oro y esmalte, apoyado para el acabado y no perjudica apreciablemente el resultado estético de la restauración (15)

Existen un sinnúmero de modificaciones (16) tanto en coronas anteriores como posteriores en los cuales ennumeramos algunos, 1) modificación debida a caries previa o restauración, 2) destrucción de tejido dental, 3) para los casos -

(15) ALVIN, L.M. op. cit. p. 760, 761

(16) Cfr. JOHN, + JOHNSTON. Práctica moderna de prótesis y coronas p. 172

de anclaje de precisión en la cual se talla una caja en lugar de ranura, 4) agregado de perno en el ángulo y, 5) sujeción de la ranura incisal, en dientes que tienen bordes incisales muy estrechos.

3.2.1 CORONA TRES CUARTOS POSTERIORES

En los dientes posteriores se usan dos clases de coronas tres cuartos tanto para inferiores como superiores, una de ellas es la preparación en caja que básicamente es una preparación-incrustación MOD con las superficies lingual y -oclusal talladas e incluidas entre la preparación, este tipo se usa en sitios donde hay una restauración intracoronal o caries en el diente que se va a tallar cuando se requiere una restauración de máxima resistencia. Otra clase es la preparación en ranura que es más conservadora y no entra en el interior de la corona del diente tan extensamente como el tipo en caja, la corona tres cuartos en ranura se aplica en dientes sin obturaciones ni lesiones de caries previas.

PREPARACION:

La preparación para coronas tres cuartos en forma de caja en un bispucipide superior;

Forma de Contorno: Un espacio muerto de 0.5 a 1 mm proximal entre la pieza tallada y el diente adyacente y una extensión ingival ligeramente inferior al borde gingival proporciona una extensión óptima para la prevención de la caries.

Forma de Resistencia: Surcos proximales aproxima-

damente paralelos al eje mayor del diente y el paralelismo aproximado de todas las paredes retienen el colado en su sitio. Un espesor de 1 a 1.5 mm de oro sobre la superficie oclusal proporciona una resistencia óptima. El sobresalte oclusal presta una resistencia adicional a las fuerzas masticatorias. Fig. 3.21

Biseles: Se aplica al mismo tipo de biseles y de líneas terminales que en la corona tres - cuartos anterior (17)

(17) ALVIN. op. cit. p. 761-762

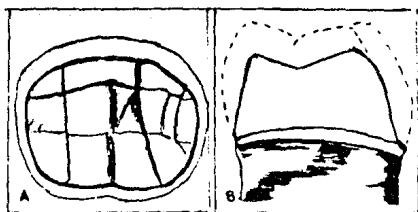


FIG. 3.1 A: Preparación de un molar inferior, vista oclusal.

B: Vista proximal.

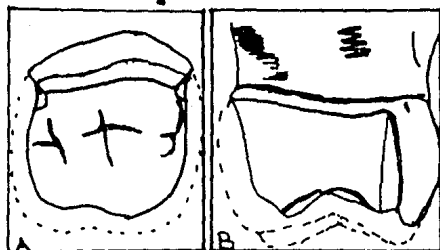


FIG. 3.2 Sección transversal proximal de una corona con perno de aleación de oro, con una corona deporcelana fundida en metal cemento sobre aquélla.

3.2.2 CORONA SIETE OCTAVOS

Con frecuencia surge una situación en la cual la superficie mesio-bucal de un molar es la única que se mantiene indemne de caries o que no está afectada por una restauración antigua. En tales casos el uso de una corona siete octavos proporciona la máxima retención y una estética sorprendentemente buena. La preparación es fundamentalmente igual a la corona tres cuartos, excepto en que la extensión distal avanza sobre la superficie bucal hasta el centro del diente aproximadamente; los cursos paralelos bucales y mesial, proporcionan buena retención. Fig. 3.2.2

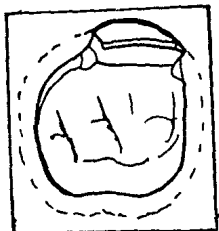
Fig. 3.2.1



A: Preparación corona tres cuartos vista oclusal.

B: Vista proximal

F. 3.2.2.



C: Vista oclusal. Preparación siete octavos.

3.3 INCRUSTACIONES COLADAS

La preparación de una pieza, para realizar el anclaje de una prótesis fija se determina de acuerdo a las piezas que lo vayan a soportar. Así mismo la preparación que ésta lleve tal como hemos indicado en páginas anteriores.

Si se opta por la preparación de incrustación colada se paralelizan los bordes de las paredes recurrentes o se eliminan los socavados.

Para realizar una incrustación pueden utilizarse dos métodos opuestos.

1. Dada una cavidad, hacen un bloque que se adapte perfectamente. Tratándose de bloques de oro, este es el método al que responde la mayoría de los casos.
- 2.- Por lo contrario dado un bloque de forma determinada practican una cavidad en lo cual se adapte dicho bloque (18)

Desde el punto de vista de sus ventajas y de sus inconvenientes, las incrustaciones de oro deben compararse con las unionificaciones de oro cohesivo.

Es evidente que el bloque de oro ha de ser superior a la oni-

ficación en lo que se refiere, resistencia, esfuerzos mecánicos, impermeabilidad y la posibilidad de restablecer la articulación fisiológica.

Las incrustaciones de oro permiten restaurar un gran número de dientes que de otro modo no podrían ser reconstruidos más que por coronas (19)

La forma general de las cavidades se aproximara a las cavidades destinadas a recibir orificaciones con la diferencia que las cavidades no serán retentivas.

Principalmente presentamos la incrustación MOD.

Los diseños para la preparación de los dientes para corona MOD varían en detalle y depende de cada operador y de las necesidades de cada diente aislado. En las secciones siguientes se ilustra con dibujos sombreados y se describen los conceptos de los autores sobre las preparaciones adecuadas de los dientes.

Los autores no recomiendan los apoyos oclusales de oro en los retenedores de las dentaduras parciales fijas.

(18) Cfr. TRATADO DE ESTOMATOLOGIA. M.M. Gaillard. p. , 214

FORMA DE CONTORNO:

Las extensiones proximales bucales y linguales se han de preparar de modo que dejen al menos un espaciamiento de 0.5 a 1 mm entre el borde de la preparación y el diente adyacente.

FORMA DE RESISTENCIA:

Todas las superficies han de estar cubiertas por 1.5 mm de oro excepto las de ángulos recto buccooclusal de los dientes maxilares.

FORMA DE RETENCION:

Las formas de caja han de tener las paredes muy ligeramente divergentes.

BISELES:

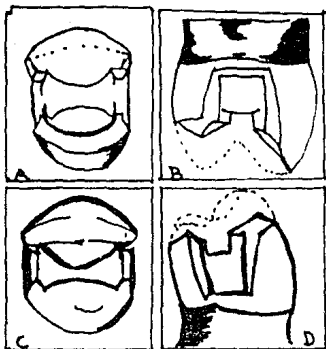
Todos los bordes de las superficies cóncavas han de biselarse con cuidado (20).

Mostramos en las figuras 4.1 características importantes de las cavidades.

(19) ALVIN, op. cit. p. 758,759,760.

(20) Loc. cit.

Fig. 4.1.



- A: Vista oclusal de una preparación MOD en un premolar sup.
- B: Vista proximal
- C: Preparación MOD en premolar inf. vista oclusal
- D: Vista proximal.

A continuación mostramos 9 puntos que explicaron más detalladamente la preparación de piezas anteriores y posteriores, en corona completa, así mismo, frezas que se emplean en el limado de las piezas.

PREPARACION:

- 1).- Se marcará con fresa de bola No. 6; una línea que seguirá dos contornos cervicales prolongándola hasta incisal, profundizando hasta el mandril de la freza.
- 2).- Se realizará la misma operación en palatino.
- 3).- Con fresa de punta de lápiz se cortan las superficies proximales siguiendo la línea marcada por la fresa de bola.
- 4).- Con fresa de rueda de coche, se desbarata el borde incisal de 2.5 a 3 mm
- 5).- Se desbastará con fresa de flama la superficie lingual aproximadamente 1.5 mm.
- 6).- Se desbastará con fresa 701 la superficie vestibular hasta hacer una línea continua en toda la superficie conformando el hombro con una angulación de 85° con respecto al eje mayor del diente, hasta tener un hombro adecuado a la superficie o preparación.

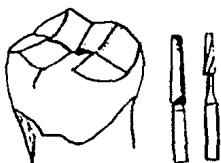
- 7).- Se harán los hombros proximales y linguales con fresa cilíndrica 701.L. hasta hacerlos de 1 mm.
- 8).- Se vicelarán los ángulos diedros y triedros, tratando de no desaparecer la anatomía de la pieza.
- 9).- Se deberá vicelar el ángulo del - hombro en una angulación de 45°

Para una mejor comprensión y entendimiento de la preparación de molares (posteriores) y anteriores, presentaremos, también la elaboración de provisionales en anteriores (21).

Figs. 3.2, 3.3, 3.3 a, 3.12 y 3.13

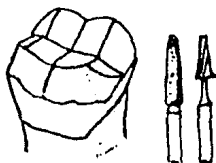
(21) NOTA: Tratamos de simplificar, no acortar. Realizando un trabajo más sintetizado para lograr una mejor información.

PREPARACION DE POSTERIORES



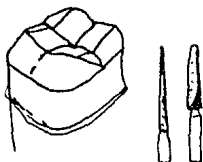
3.2

CORTE DE LA SUPERFICIE
OCLUSAL



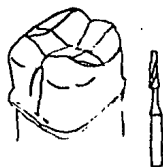
3.3

CORTE DEL TERCIO OCLUSAL



3.4

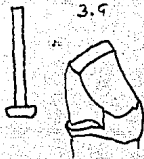
CORTE DEL TERCIO MEDIO Y
CERVICAL



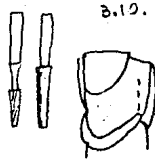
3.5

PREPARACION DE SURCOS DE
RETENCION

PREPARACION DE ANTERIORES



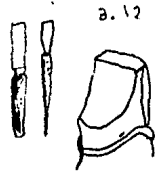
CORTE DE LA SUPERFICIE LINGUAL



CORTE DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR.



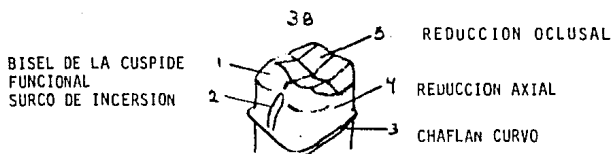
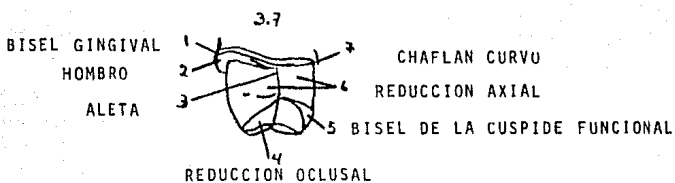
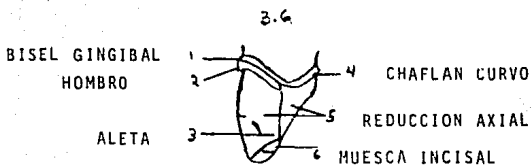
TERMINADO DE ANGULOS Y VICELADO DE BORDE CERVICAL



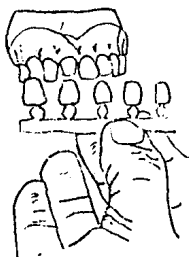
CORTE DE SUPERFICIE CERVICAL



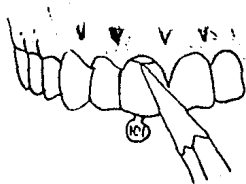
PREPARACION TERMINADA



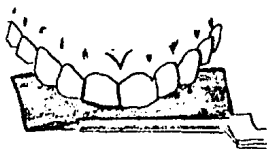
PREPARACION CON HOMBRO



ELECCION DE LA CORONA



MARCAJE DE CONTORNO



AJUSTE DE OCLUCION

C A P I T U L O 4
D I A G N O S T I C O S

4.1) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y PLAN DE TRATAMIENTO

El diagnóstico consiste en el reconocimiento de una anomalía y una investigación concienzuda de la gravedad de un cuadro patológico y la causa por la cual se ha producido. El tratamiento o corrección se basará en el estudio del caso sin omisión de factor alguno del caso y seguirá el curso más promisorio hasta alcanzar el fin que se persigue.

"Son cuatro los pasos del diagnóstico y selección de tratamientos" (22):

- a) Estudio minucioso del cuadro clínico.
- b) Valoración de las condiciones de los -
dientes recurrentes y sus estructuras
de soporte referidas a:
 1. Carga que soportan los pilares y
capacidad
 2. Propiedades, relativas, estéticas y
retentivas
- c) Determinación discriminatoria de la oclu-
sión de los arcos, con capacidad máxima
de soporte de carga de la estructura pro-
tética
- d) Elección adecuada; si el caso así lo -
requiere, de un método restaurador que
cumpla con los requisitos estéticos que
exige el paciente, tanto como su índice

(22) Cfr. MYERS. op. cit. p. 208

de caries, higiene bucal y la cooperación que se espera y un plan de tratamiento satisfactorio (23).

"... Todos los dentistas generales conocen los fundamentos del diagnóstico para el tratamiento restaurador..."(24).

Se requiere establecer reglas como el punto de partida para la elección y planeo del tratamiento, pero ha de recordarse que rara vez se presente el caso ideal (25).

Es menester respetar paso por paso el plan de tratamiento con el fin de conservar los dientes, ahorrar tiempo, disminuir el costo y obtención de una restauración satisfactoria (26).

"... Satisfactoria significa aquella que brinde el máximo de eficiencia masticatoria..." (27)

Durante los últimos años ha aumentado de manera significativa el uso de medios auxiliares diagnósticos en el estudio del estado de la boca y el plan de tratamiento. Técnicas radiográficas perfeccionadas han permitido obtener radiografías de alto Hilovoltaje con menos contraste y mayor diagnóstico. El empleo de Panorex y de otras radiografías panorámicas permite una explotación cómoda y rápida de toda la boca.

(23) Idem.

(24) Cfr. ALVIN., op. cit. p. 720

(25) Idem.

(26) TYMAN., op. cit. p. 120

(27) Idem

Muchos dentistas generales admiten actualmente la importancia de los modelos de estudio montados, en todo paciente con problemas de la oclusión o con dolor en la articulación temporomandibular, o cuando ha de recibir un tratamiento restaurador amplio (28).

..." Todos los dentistas generales conocen los fundamentos del diagnóstico para el tratamiento restaurador...." (29).

Cuando un diente presenta una lesión de caries o la restauración Nueva. Los problemas surgen cuando se diagnostica y trata dientes aislados sin tener en cuenta el resto de la boca (30).

En las secciones siguientes se exponen los medios auxiliares diagnósticos básicos de la odontología restauradora, haciendo hincapié en el estudio global de la boca incluido el análisis oclusal.

En muchos de los casos el fracaso de una prótesis total, - tienen su fracaso por no tomar en cuenta, una valorización global de la cavidad bucal, tanto en piezas dentales, como en estructuras de sosten. Es demasiado el número de pacientes que llega al consultorio por trabajos desajustados por falta de preparación en piezas y falta de retención (en prótesis total) de estructuras óseas jинjivales.

El análisis en su calidad no solamente tiene que ser extenso sino, puede ser concreto pero eficiente.

Así mismo toca el odontólogo reconstruir o realizar reconstrucciones en piezas dentales como en tejidos de sosten y óses para una mejor adaptación de la prótesis.

(28) ALVIN. L. Morris. op. cit. p. 7.20.

(29) ROBERTS. op. cit. p. 90

(30) Cfr. ALVIN. op. cit. p. 721

4.2) EXAMEN RADIOGRAFICO

En todos los adultos que precisan un tratamiento restaurador externo es indispensable la exploración radiográfica intraoral completa. No obstante para obtener beneficios máximos. Los exámenes radiográficos se correlacionan con el examen clínico y del análisis oclusal de los modelos montados.

" Cuando se reciben radiografías pasadas de escasa calidad o incompletas, se han de hacer inmediatamente nuevas" (31).

Se examinarán las radiografías para valorar la calidad y cantidad de las estructuras de soporte. Se medirán las zonas radiculares dentro del proceso alveolar y se comparará en longitud con la corona clínica. Se observará el espesor de la membrana periodontal para descubrir cualquier presión anormal que no sea axial. Se consignarán las zonas apicales radiolúcidas. Se observará la continuidad de la cortical, para descubrir posibles atrofas alveolares; además se calculará la relación de los ejes longitudinales de los dientes que se proponen como pilares (32).

La película contiene una base flexible compuesta de acetato de celulosa. Una emulsión de cristales de haluro, de plata mezclados con gelatina se esparce en una pequeña capa en ambos lados de la base, cada película es individual (33)

(31) ALVIN, L. op. cit. p. 721

(32) MYERS, op. cit. p. 210

(33) Cfr. O. Brien, Richard. Radiología Dental p. 87

La Radiografía ideal debe tener cualidades como; nitidez, - siendo semejantes al objeto, y una imagen que tenga el mismo tamaño que el objeto, por lo que se basa en cinco principios de la geometría de la proyección que son:

- 1º El tamaño del foco debe ser mínimo
- 2º La distancia foco- objeto
- 3º La distancia objeto-película
- 4º Los rayos (R.C.) por el centro plano-gufa
- 5º El plano gufa del objeto y el plano de la película deben permanecer paralelos
- 6º La película permanecer plana (34)

Los tres primeros principios pertenecen a la nitidez de la imagen y los otros se refieren a la alineación del haz de rayos x.

La claridad o nitidez de la película es determinada por tres factores que se refieren al tamaño de la penumbra o sombra parcial que constituye la cantidad de borrosidad... Falta de nitidez de la imagen la parte de la sombra donde toda la luz es absorbida se denomina umbral o sombra total (33)

"La densidad es el grado de ennegrecimiento de la película..." (36).

"El detalle se utiliza para dominar falta de nitidez en la película debido a factores como; definición y falta de proyección (37).

En muchos casos el paciente prefiere la pérdida de las piezas o de tratamientos simplificados, por no realizar un gasto mayor en el cual implica la toma de radiografías que se realiza dentro o fuera del consultorio. Por eso es recomendable que la Radiografía sea realizada en consultorio.

(34) Cfr. GOMEZ. Mattaldi, R. Radiología Odontológica p. 37-45

(35) Cfr. GOMEZ. R. op cit. p. 47-48

(36) Idem.

(37) Ibid. 49

4.3) SELECCION DE PILARES

Los dientes pilares son los dientes o raíces en que afirma o coporta un puente.

..." La forma y el grado de erupción de la corona son de suma importancia para evaluar si es adecuado como pilar ya que el grado de erupción es factor que determina la cantidad de retención." (38).

La selección de los dientes pilares se lleva a cabo estudiando radiográficamente al diente y sus soportes debemos encontrar ciertas características.

A. Relación Corona-Raíz, que se ha clasificado de de varias formas pero la más aceptada es en la que se toma como base la forma, tamaño y número de raíces (39).

Las piezas dentarias se dividen en varios grupos. 3, así mismo colocaremos su valor de carga, expresado numéricamente.

1.1 Piezas máxima resistencia
2.1 Piezas mediana resistencia
3.1 Piezas mínima resistencia (40).

1.1) Piezas de máxima resistencia.

a) Arcada superior; canino +5 primero y segundo molar +6

b) Arcada inferior; canino +5 primero y segundo molar +6.

(38) Cfr. GEORGE, E. Myers: Protesis...p. 168

(39) Idem

(40) Cfr. S.D.Tylman. Protesis Coronas y puentes.p.138

2.1) Piezas de mediana resistencia

a) Arcada superior; central +4
1º y 2º premolar +4

b) Arcada inferior; 1 y 2 premolar +4

3.1) Piezas de mínima resistencia

a) Arcada superior; lateral +3

b) Arcada inferior; central +1
lateral +2

Enunciamos otros aspectos de importancia (41) para seleccionar un pilar para pilar de una prótesis fija de no tener en cuenta estos principios sin duda alguna nuestro tratamiento fracasará.

- (B) Tamaño de la pulpa
- (C) Destrucción de la corona y tejidos que la involucran
- (D) Densidad ósea
- (E) Que el espesor de la membrana paradontal sea uniforme y no existan variaciones apicales.

Mencionamos las contraindicaciones que existen para la elección de pilares para el anclaje de una prótesis fija.

...."Dientes rotados e inclinados.- Resulta imposible alinear las preparaciones..." (42)

(41) Idem.

(42) GEORGE, E.M. Myers. op. cit. p. 192

... " Caries extensa, raíces, emanas, incrustaciones para reconstrucción de palanca de la incrustación vencerá la estabilidad" (43'

... " Pacientes de edad avanzada"...(44)

En un diente no vital debe evaluarse su estado apical y de ser necesario realizar tratamiento endodóntico. Cuando se coloca una obturación radicular es aconsejable llenar sólo el tercio apical y dejar el resto libre para el perno.

Existen un sinnúmero de contraídicaciones por parte del paciente como manías o malas hábitos del mismo, que llevan a una prótesis bien colocada resulta problemática.

(43) Idem

(44) Idem

C A P I T U L O 5
D I S E Ñ O

5.1) MODELOS DE DIAGNOSTICO

Los modelos de diagnóstico son reproducciones positivas del maxilar inferior montados en relación correcta en un articulador capaz de reproducir los movimientos de lateralidad y protrusión similares a los que comúnmente se producen en la boca.

"...los modelos de los arcos no pueden designarse modelos de diagnóstico hasta que no hayan sido relacionados y montados en esa forma (45)

5.1.2) Importancia de los modelos de diagnóstico

Los modelos de diagnóstico son imprescindibles en el planeo de una prótesis fija. Tienen varias finalidades que ayudarán al éxito de la restauración por medio de una prótesis fija. Enunciamos 6 puntos para mí los más importantes.

- a) Evaluar las fuerzas que actúan sobre la prótesis.
- b) Decidir si se requiere algún desgaste de los antagonistas de modo que se logre un plano oclusal adecuado.

(45) Cfr. LERMA, Salvador. Historia de la odontología y su ejercicio., p. 321

- c) Por intermedio del diseñador determinar el patrón de inserción y el esbozo del tallado necesario para los pilares preparados sean paralelos y para que el diseño lo más estético posible.

- d) Poner de manifiesto la dirección en que las fuerzas incidirán en la restauración terminada y determinar la necesidad de reducir la altura cuspeada o la forma de los antagonistas y se justifiquen tales procedimientos.

- e) Elegir, adaptar y ubicar los frentes y utilizarlos como gufa al tallar los pilares.

- f) Resolver el plan de procedimiento para toda la boca (46)

... "Plan de procedimiento significa la determinación de la secuencia de la restauración, ... ejemplo plano de oclusión". (47)

Por otro lado a veces hay posibilidad de mejor funcionamiento y con menor probabilidad a cambios por trauma, y si su construcción se posterga hasta conseguir equilibrio oclusal mediante desgaste, la construcción de una corona o alguna otra restauración del lado opuesto a la combinación de los dos.

(46) Cfr. MEYRES. op. cit. p. 126-127

(47) Cfr. Idem.

5.2. DISEÑO DE LA PRÓTESIS

Una prótesis fija se desarrolla a partir de cuatro partes básicas; pilar, retenedor, conector, y pórtico. Por lo general, los pilares están ubicados en los extremos opuestos de la prótesis, pero también pueden estarlo dentro de su extensión y, en ese caso, se conocen como pilares intermedios. Tanto unos como otros reúnen a la porción suspendida de la prótesis por medio del retenedor que puede ser una corona, una incrustación etc. los cuales ya mencionamos en páginas anteriores. El miembro suspendido es el pórtico y reemplaza al diente perdido. El pórtico y el retenedor están unidos mediante un conector. A menudo este último es una unión rígida soldada, aunque asimismo puede ser un anclaje rígido.

..."Estos elementos protésicos deben poseer cualidades mecánicas, biológicas y estéticas particularmente necesarias para cumplir su función específica". (48)

Si la prótesis ha de alcanzar este ideal debe incluir los principios de forma; contorno y estética del diente que caracteriza a las piezas dentales naturales en su estado normal. Por lo tanto el diseño protético, óptimo depende siempre del de la dentición, al que se tomará constantemente como referencia.

5.3) RETENEDORES

Un retenedor se puede definir como un colado cementado a un diente pilar que retiene o ayuda a retener un prótico.

..." su función principal mantener la prótesis en su sitio". (49)

"... el fracaso del cementado de un retenedor es quizá el desastre más serio que puede ocurrir a un puente ..." (50)

La selección del retenedor de cualquier puente depende de muchos factores entre ellos mencionamos, grado de retención, y estado patológico y estructural de los dientes.

..." grado de retención, consideración más importante que debe prevalecer sobre todas las demás..." (51)

Los factores que modifican las necesidades de retención son:

- 1) Tipo de retenedores
- 2) Longitud de brecha
- 3) Tipo de prótesis
- 4) Fuerza de mordida
- 5) Dientes a reemplazar
- 6) Articulación
- 7) Hábitos (52)

(49) Idem

(50) Ibid. p. 331

(51) Idem.

(52) Cfr. MEYERES. op. cit. p. 203

Por razones didácticas, los retenedores se dividen en 3, intracoronales, extracoronales, intraradiculares. Se hace mención de ellos solo como complemento al capítulo y clasificación, habiendo explicado cada uno de ellos en páginas anteriores.

- a) Intracoronales; corona completa
- b) Extracoronales; corona Venner
- c) Intraradiculares; incrustación MOD

Factores que afectan el grado de retención:

- a) El diente involucrado
- b) Superficie del retenedor
- c) Grado de paralelismo
- d) Rigidez colado
- e) Medio cementante
- f) Material empleado para la construcción del retenedor (53).

NOTA: Se requiere de una información más exacta sobre los puntos enunciados nos referimos al lector consulte la información en varios de los textos para una mayor comprensión, en variedad de exposición y llegar a un entendimiento individual.

C A P I T U L O 6

PRÓTESIS PROVICIONAL

Una vez terminada la preparación de los dientes, se procede a la colocación y elaboración de provisionales que tienen como función esencial:

1. Proteger a los dientes, molestias al paciente.
2. Proveer una prótesis temporaria estéticamente aceptables.
3. Estabiliza los dientes pilares y mantiene sus correctas relaciones entre sí.
4. Impide la extracción de los dientes pilares y sus antagonistas (54)

La principal propiedad que se requiere de un puente temporario es la de que por menos en el sector anterior, sea estéticamente aceptable, también debe ser cómodo para el paciente liso, para la lengua, con resistencia, para retirar sin dañarse.

Es importante que provoque un mínimo de inflamación gingival. Cuidando de recortar y pulir los márgenes.

(54) Cfr. CUEVAS. F. op. cit. p. 45

La construcción de provicionales se realiza generalmente con resinas acrílicas y tiene las funciones de conservar la estética, protección de los tejidos del diente pilar y desplazamiento y erupción de los dientes opuestos (55)

..." existen 2 tipos de provicionales, prefabricados y fabricados..." (56)

La técnica de la elaboración de los fabricados son iguales a la elaboración de los definitivos a omisión de realizarse con Acrílicos Rápidos. La técnica de modelado y enfriado lo simplificamos en 9 incisos para un mejor entendimiento de pasos a seguir:

- a) Recorte diente pilar
- b) Modelaje
- c) Enmuflado
- d) Desencerado
- e) Enfriado con Acrílico
- f) Prensado
- g) Hervida
- h) Desenmuflado
- i) Pulido

Estos provicionales tienen la ventaja de que presentan mayor estética, color y mayor resistencia que los provicionales prefabricados.

En la existencia de los provicionales técnicamente, en práctica presentan un mayor desajuste, aunque tienen la ventaja de simplificar el trabajo, ya que si se eligen ade-

(55) Ibid p. 48

(56) Cfr. CUEVAS. F. op. cit. p. 49

cuadramente el paciente sale del consultorio inmediatamente con su provicional. En posteriores la corona acero-cromo sirven como temporales teniendo los mismos recortes para su ajustes.

NOTA: En páginas anteriores mencionamos la colocación de provisionales.

C A P I T U L O 7

MATERIALES PARA IMPRECION

Dentro de la práctica de consultorio he elegido un material para impresión de prótesis fija. Que a mi opinión es el más indicado.

1.1) Pasta Zinquenolica.

Es un compuesto de óxido metálico, utilizado para el registro de impresiones fisiológicas para restauraciones de alta calidad pues se reproducen los detalles estructurales de dientes y mucosa con muy buena fidelidad (57)

Su alto grado de fluidez evita que los tejidos blandos se deformen y a la vez tiene el cuerpo suficiente para la toma de impresiones funcionales. El fraguado es duro de modo que puede volverse a probar en la boca.

... " la mezcla se realiza en partes iguales de ambas partes " (58.)

NOTA: Véase indicaciones de cada producto.

(57) PEYTON, A. Floyd. Materiales dentales. p. 173

(58) Práctica Odontológica. p. 48

1.2) NATURALEZA Y COMPOSICION

Las primeras pastas de este tipo se hicieron mezclando en polvo que es el óxido de zinc y el eugenol. En la actualidad lo presentan en 2 tubos con aditivos para construir una pasta con o sin rellenos (59)

Mencionamos material para que el odontólogo pueda obtener impresiones de un alto grado de exactitud.

..." El tubo que suministra el óxido de zinc le llamaremos base y al que contiene eugenol acelerador". (60)

Presentamos a continuación 9 puntos por los cuales yo en particular recomiendo este material.

1. Exactitud
2. Elasticidad
3. Estabilidad dimensional
4. Escurrimiento
5. Fraguado favorable
6. Vida útil (almacenaje)
7. Compatibilidad con materiales para troqueles
8. Aceptable al paciente

(59) PYETON, A. op. cit. p. 174

(60) Apuntes de Materiales s.p.

1.2.1) U S O S

Con las pastas zinquenolicas se obtiene rígidas impresiones con alto grado de exactitud y buena reproducción de detalles superficiales. Se utilizan ahora frecuentemente como materiales para impresiones correctoras en la construcción de prótesis, también para impresión final, como material para rebasado. Temporario y para estabilizar prótesis (61)

1.2.2) V E N T A J A S

1. Se adhieren bien a las superficies secas de de compuestos plásticos como la modelina.
2. Tiene suficiente resisttncia
3. Fraguan y endurecen con dureza de cemento ofreciendo la oportunidad de probar la estabilidad y adaptación de los tejidos.
4. Adecuado tiempo de trabajo (según su manipulación)
5. Son exactos
6. No, requieren uso de separadores de yeso....
(62)

Existen una variedad de productos para impresión esto va de acuerdo al operador del material solo quiero hacer incapié de que todo un trabajo de elaboración para una prótesis fija, puede resultar fracaso debido a una mala toma de impresión o impresión defectuosa en márgenes.

"A mi parecer debe consultarse las cualidades de cada material así como su calidad antes de emplearlo"

(61) PYETON, A. Floyd op. cit. p. 173-174

(62) Cfr. LAHUD. F. op. cit. s.p.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

3.1) CARACTERISTICAS CUBETAS DE IMPRECIION

Las cubetas de imprección deben ser rígidas y dar adhesión al material de imprección, que algunos casos es auxiliado con con adhesivos que presenta cada marca comercial. La cubeta debe tener topes mediante, los cuales, se puede estabilizar la impresión dentro de la boca.

NOTA: El lector que desee más amplios detalles sobre esta cuestión deberá consultar alguno de los textos de - prótesis que enunciamos en la Bibliografía.

C A P I T U L O 8

8.1) CONSTRUCCION DE LA RESTAURACION

El técnico del laboratorio puede desarrollar una oclusión para el paciente que es casi ideal y que resulta compatible con la oclusión previamente - ajustada en el otro lado de la boca, en la figura 81, se muestran las caras linguales y bucales de los patrones de cera. La importancia del ajuste de los dientes naturales en el lado no tallado de la boca es evidente si estos dientes presentan interferencias, el desarrollo de una oclusión adecuada en las nuevas restauraciones presentará serias dificultades (63).

Tanto el modelado como procesos de vaciado y pulidos son realizados en laboratorio y no profundizamos en ello.

(63) Cfr. Rehabilitación Oclusal. op. cit. p. 71

8.2) REGISTROS INTEROCUSALES

Para la construcción de un lado de la boca se recomienda un articulador semiajustable ya que es de uso cómodo y lo suficiente preciso para el tratamiento restaurador necesario. El arco facial con inserción en el meato-auditivo desarrollado para usarlo junto con el articulador - - - Whip-Mix, se puede adaptar fácilmente al paciente y permite el montaje de los exacto de los modelos.

Antes de montar los modelos se han de hacer registros con materia elejido, por el operador, en relación céntrica, protrusivas, excusiones laterales derecha izquierda - - Generalmente es aconsejab à tallar lostroques después - de montar los modelos en el articulador. (Fig. 8.2, 8.2.1)

8.3) PRUEBA DE COLADO

Se sugiere que todas las restauraciones de oro se prueben en la fase de colado, antes de poner porcelana. Si el colado no se adapta bien, este es el momento más oportuno para hacer una nueva impresión, de ahí la importancia del material de impresión.

También se aconseja que el dentista pruebe por segunda vez las restauraciones después de colar la porcelana. El ajuste marginal, la armonización, el color, oclusión de las restauraciones se pueden comprobar en este momento antes de dar el lustre final a la porcelana. (64)

Para facilitar el ajuste oclusal durante las fases de prueba los autores aconsejan probar las restauraciones sin anestesia.

Primero: Se prueba cada restauración individualmente.

Segundo: Todas las restauraciones se prueban simultáneamente.

Tercero: Se determinan y corrigen las interferencias oclusales (65)

(64) Cfr. ALVIN. L. op. cit. p. 721

(65) Idem. p. 722

Todos los dientes deben contactar con presión uniforme en oclusión céntrica y funcional como las restauraciones - fueron planeadas en el articulador. Generalmente no - es necesario remontar los modelos.

8.4) CEMENTADO

Hay cuatro consideraciones fundamentales al decidir cual -
debe usarse en caso dado.

- 1º Grado de retención
- 2º Materiales a unir
- 3º Profundidad de Preparación
- 4º Cantidad de retenedores

Por ello, cuando la retención sea fundamental
importancia quizá el cemento de fosfato de
zinc sea el material de elección, también por
lo general, es el mejor cuando se trata de re-
tenedores múltiples ya que permite ajustar el
fraguado y da un tiempo de trabajo adecuado
(66).

Es sobre todo importante tener una mezcla de cemento que -
frague en forma muy lenta cuando coloquen coronas com-
pletas ya que estas resultarán difíciles de calzar.

Una vez que el cemento ha fraguado se retiran los excesos
para no quedar nada de material que lastime.

Los pasos se indican en cada producto, los cuales todo - -
odontólogo conoce de antemano.

(66) Cfr. CUEVAS. op. cit. p. 98

C A P I T U L O 9

C U I D A D O S

9.1) CUIDADO DE PROTESIS POR EL PACIENTE

1. Correcta técnica de cepillado
2. Si existe una cantidad bastante grande de tejidos blandos cubiertos por el puente - estará indicado el uso de un innigador que forzará al agua por debajo de la prótesis.
3. Uso de hilos o cintas dentales, por debajo de los pórticos, y espacios interproximales.
4. Si existe probabilidad de sensibilidad cervical se aconseja el uso de una pasta desensibilizante.
5. Regreso al consultorio (67)

9.2) CAUSAS DE FRACASO

- 1º Fracaso del cementado
- 2º Falla mecánica
- 3º Inflamación o retracción gingival
- 4º Colapso periodontal
- 5º Caries
- 6º Necrosis pulpar

C A U S A S

- 1)... " del cementado parcial o completo"
- 2)... "espesor inadecuado de oro"
- 3)... "deficiencia de higiene"
- 4)... "indicador de tratamiento periodontal"
- 5)... "mal diseño de la prótesis directamente márgenes gingivales"
- 6) Necrosis si se produce necrosis, la muerte de un pilar de un puente y si el diente involucrado es anterior, el caso puede tratarse con una apicectomía y la colocación de una obturación retrógrada y evitar así perturbar el puente.

Si se trata de un diente posterior por lo general será necesario hacer un acceso a la cámara pulpar a través del retenedor para realizar el tratamiento.

C O N C L U S I O N

En esta Tesis hemos procurado explicar e ilustrar a grandes rasgos las generalidades de la prótesis fija. Así como también algunas de las preparaciones en las piezas dentarias. Sus indicaciones y contraindicaciones.

Una buena historia clínica y buen conocimiento de la anatomía dental constituyen un medio eficaz, para la buena elaboración de una prótesis fija, haciendo de ésta una restauración de alta calidad superando así cualquier otro tipo de prótesis.

Una prótesis bien construida devuelve a la cavidad oral su funcionalidad así como la comodidad psicológica al paciente, al sentirse cómoda con ella.

Así comprobamos nuestra hipótesis de que una valoración - adecuada de la cavidad bucal, y el tener los conocimientos adecuados para la elaboración de una prótesis, además de medios y materiales, nos llevarán al éxito de ésta.

GRACIAS A TODOS.

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

- ALVIN, L. Morris: Las especialidades odontológicas en la práctica general, 3a. ed. España, Ibero-Americana S.A. 804 p.
- BEAUDREAU. Atlas de prótesis parcial fija. México. Ed. Médica Panamericana, S.A. 1978.
- CUEVAS, Francisco: Manual de Técnica Médica propedéutica 4a. Ed. México. Editorial Méndez-Cervantes. 1975.
- D.H. Roberts. Prótesis fija. 2a. ed. Editorial Médica Panamericana, S.A. México. 1979.
- GODOY, Jorge. Práctica Odontológica. Revista de edición mensual. Nov.- Dic. 1985. 50 p.
- JOHNSTON, John, F. Práctica Moderna de Prótesis de Coronas y Puentes. 1a. ed. México Ed: Mundi, S.A. I.C.y F. 1979.
- LERMA, Salvador: Historia de la odontología y su ejercicio legal. 2a. Ed. México. Ed: Mundi, 1978.
- MATAIDI, Gómez, R. Radiología odontológica. 1a. Ed. México - Ed: Labor, S.A. 1980

- MIJERS, George. E.: Prótesis de coronas y puentes. 4a. ed:
México. Ed: Labor, S.A. 1976
- O. Brien, R. Radiología Dental 4a.ed. Ed: Mundi. 1980
- OZAWA, D. José: Prostodoncia total. 2a. ed. México. Ed:
U.N.A.M. 1975.
- PEREZ, Avila, Noé. Cómo hacer mi tesis. 2º ed. México.
Edic1. 1980. 157 p.
- PEYTON, A. Floyed. Materiales dentales restauradores. 2a.
ed. México. Ed.: Interamericana. 1979. 174 p.
- TYIMAN, S.D. Prótesis de coronas y puentes. 2a. ed. México.
Ed.: Hispano Americana. 1979.