

24  
106

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PREPARACIONES INTRARRADICULARES.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

CHAVEZ REGIS PATRICIA LUCILA

*Rev. T. Coahuila  
Patricia Regis Chavez*

*Patricia Regis Chavez  
3102 29*

MEXICO, D.F.

1989.

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## SUMARIO

- 1.-INTRODUCCION.
- 2.-HISTORIA.
- 3.-DIAGNOSTICO.
- 4.-CONSIDERACIONES DETALLADAS DEL DISEÑO.
  - a) TAMAÑO Y POSICION DE LA PULPA.
  - b) ROTACION O INCLINACION DE LOS DIENTES.
  - c) PROVISION DE ESPACIO PARA LOS CONECTORES.
- 5.-CORONAS CON PERNO
- 6.-LINEAMIENTOS PARA LA ESTABILIZACION CORONORRADICULAR
- 7.-PREPARACION DEL CONDUCTO RADICULAR.
- 8.-TECNICAS ESPECIFICAS PARA ELIMINAR UNA OBTURACION RADICULAR.
- 9.-CONSTRUCCION DE PERNO Y MUÑON ANTERIOR METODO DIRECTO.
- 10.-CONSTRUCCION DE PERNO Y MUÑON EN POSTERIORES.
- 11.-PREPARACION DE LA ESTRUCTURA DENTARIA.
- 12.-PREPARACIONES Y TIPOS DE TALLADOS INTRARRADICULARES.
- 13.-CONCLUSION
- 14.-COMENTARIOS
- 15.-BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

La Prostodoncia Parcial Dental Fija, es la rama de la Odontología avocada al tratamiento y substitución de las piezas dentarias pérdidas, por medio de aparatos elaborados con materiales ajenos al organismo y la relación que existe entre ambos.

Esta tesina tiene la finalidad de servir de introducción al área de la Odontología Restauradora que trata de la preparación y restauración para substituir las coronas dentarias pérdidas o parte de ellas aprovechando su raíz, ya que esta nos sirve como un buen soporte, cuando presenta determinadas condiciones.

Dentro de esta tesina trataremos de las diferentes preparaciones y tipos de tallados intrarradiculares que existen: Bifacetadas, Trifacetadas, Tallado en Cúpula y Modificaciones Axiales Tipo Richmond (Zapatilla o 1/2 Zapatilla), Cajas Antirrotatorias etc.

Existen también ejemplos de Prótesis Dentales hechos de Hierro que datan de los Siglos XVI, XVII.- - Pierre Fauchard (1678-1761) considerado por muchos - como el Fundador de la Odontología Científica Moderna, en su libro escrito en 1723, describe tanto las - técnicas operatorias como la confección de Prótesis .

Para ello empleaba tiras de oro previamente esmal~~tado~~ tado y que remachaba luego al hueso, como dientes ~~artificiales~~ artificiales. Tallaba además conductos radiculares para colocar pivots, hechos de oro y plata que servían pa~~ra~~ ra retener coronas y dientes hechos con Hueso.

Historicamente, los dientes con tratamiento pulpar fueron restaurados con sistemas subjetivos de tratamientos y predominaron los procedimientos de restauración empírica, en el tratamiento clínico de los - dientes tratados con endodoncia. La investigación actual y los progresos técnicos modificaron la forma - en que los Odontólogos encaran estos problemas. El - tratamiento integral de pacientes, de modo multidisciplinario con las diversas especialidades incremento

el número tratado de dentaduras y de dientes vitalizados y desvitalizados.

Los programas de control de placa, los materiales de restauración intermedia para los programas de control de caries y las técnicas restauradoras avanzadas aumentaron la longevidad de dientes que antes se extraían. El nivel mayor de educación para la salud bucal de la población y los exámenes escolares en los niños, acercaron al paciente a la capacidad de la terapéutica odontológica actual.

#### HISTORIA

Se utilizaron, en general, coronas con pernos cuando era imposible restaurar el diente, por medio de obturaciones u otras coronas sin que involucrará la remoción de la pulpa. Si se empleaba un diente desvitalizado, debían tomarse todas las precauciones para tener la seguridad que los tejidos periapicales están libres de infección.

Una raíz, para ser aceptable en este tipo de corona, debe de estar biológicamente sana y poseer resistencia suficiente para soportar las fuerzas de

la masticación .Las estructuras periodontales deben de contar con una cantidad y distribución tales que respalden los procedimientos de restauración previstos.

### DIAGNOSTICO

El diagnóstico consiste en el reconocimiento del estado de salud del individuo, mediante una investigación concienzuda de su organismo o el que pueda presentar un cuadro patológico y en la que determinaremos la causa por la cual se ha producido. El plan de tratamiento, o corrección se basará en el estudio del caso sin omisión de factor alguno y seguirá el curso más promisorio hasta alcanzar el fin que persigue.

Son varios los pasos de diagnóstico y selección de tratamiento:

- (1) Un estudio minucioso del cuadro clínico:
- (2) Valoración de las condiciones de los dientes remanentes y sus estructuras de soporte, referidas a: (a) carga que soportarán los pilares y su capacidad para sostenerla (b) las propiedades relativas a estética y retentivas del tallado para los anclajes sobre los pilares.

(3) Determinación discriminatoria de la oclusión de los arcos dentarios, con la capacidad máxima de soporte de la carga de la estructura protética:

(4) Elección adecuada, si el caso así lo requiere, de un método restaurador que cumpla con los requisitos fisiológicos morfológicos o estéticos que exige el paciente, tanto como su índice de caries, higiene bucal, y la cooperación que se espera, en las relaciones humanas entre paciente y profesional.

(5) Un plan de tratamiento que posibilite satisfactoriamente estos requisitos.

#### MÉTODOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO

Se requiere establecer reglas como punto de partida para la elección y planeación del tratamiento, pero ha de recordarse que rara vez se presenta el caso ideal.

Se debe respetar el plan de tratamiento con el fin de conservar los dientes, ahorrar tiempo, disminuir los costos y obtención de una restauración satisfactoria.

El Dr. Howard Raper expresa su concepto con respecto de una restauración dental de esta forma: Es una - reparación mecánica, un tratamiento para una lesión - local y una profilaxis contra afecciones generales.

Para que una restauración o prótesis cumpla con la definición de Raper, se requiere que todas las fases en su construcción se prevean.

El ha establecido que debe haber áreas de contacto ubicadas adecuadamente con debida resistencia; superficies proximales, vestibulares y linguales de contornos correctos, una morfología oclusal armonica; ajustes marginales sin sobreextensiones ni otras discrepancias; y protección de cúspides para prevenir fracturas de las paredes vestibulares o linguales.

Todo esto no puede lograrse sin un diagnóstico y la formulación de un plan de tratamiento, que habrá de fijar en la mente del operador, todas las limitaciones - existentes y las modificaciones que habrán de producirse para superarlas. Estos pasos requieren del examen a través de radiografías, modelos de estudio e inspección

bucal; consultas con el paciente; exploraciones de los pilares, para encontrar interferencia en el plan de tratamiento o alguna otra causa que los imposibilite - así como de otros dientes involucrados; conocimiento de los factores periodontales; posibilidad de corrección ortodóntica de dientes pilares o antagonistas y establecimiento de sesiones que nos permitan finalizar el tratamiento, rápidamente, con el objeto de que los dientes tallados permanezcan desprotegidos durante el proceso del mismo.

## CONSIDERACIONES DETALLADAS DEL DISEÑO.

Hay muchos factores que deben considerarse antes de preparar los dientes.

Entre estos mencionaremos:

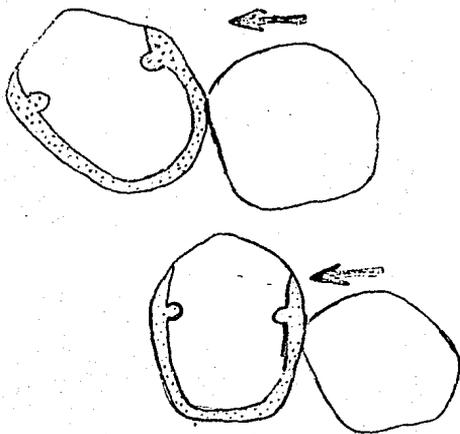
### TAMAÑO Y POSICION DE LA PULPA.

Son dos los factores más importantes, para ser evaluados antes de preparar un diente y pueden determinar la correcta elección de un retenedor.

Cuando la pulpa es grande, sobre todo en el paciente joven, puede ser imposible obtener suficiente tallado de tejido dentario para un retenedor adecuado sin desvitalizarlo, lo que sucede sobre todo en el caso de restauraciones metalocerámicas, en las que es primordial una drástica reducción del tejido dentario si se requiere obtener un resultado estético bueno.

ROTACION O INCLINACION DE LOS DIENTES

La posición de los dientes es importante por varios motivos. Si están rotados puede ser posible corregirlos en la preparación de modo de lograr un diente pilar - más estético. Del mismo modo, a menudo hay mayores probabilidades de que se visualice oro y la preparación - deberá ser modificada de acuerdo con esto Fig. (1). Si se lo quiere evitar.



Finalmente para colocar un puente fijo-fijo las preparaciones deberán tener una línea de inserción común, lo que puede obtenerse sin exposición pulpar y sin pro

ducir retenedores de poco valor retentivo sobre uno o más de los dientes pilares.

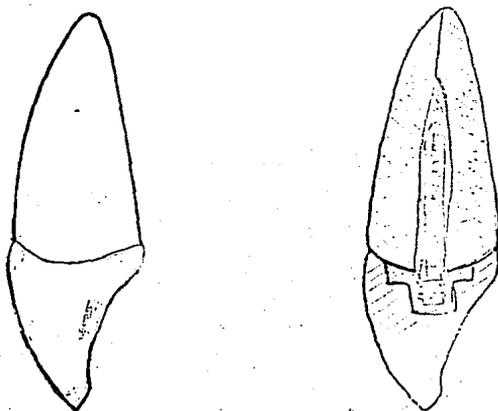
Si no puede lograrse debe modificarse el diseño, quizá convirtiéndolo en uno del tipo fijo montable, de precisión. No obstante, aún con un diseño fijo montable es preferible tener líneas de inserción bastante similares para los retenedores: de no ser así, el alojamiento de la cola de milano en el retenedor se torna difícil.

#### PROVISION DE ESPACIO PARA LOS CONECTORES

Cuando se ha de emplear un conector, como por ejemplo la cola de milano y ranura hecho en el laboratorio es primordial que el diente se prepare, para que pueda alojar en forma intracoronaria la cola de milano y que a su vez tenga la suficiente longitud, profundidad y ancho para proveer resistencia adecuada y simultánea - mente de buenas troneras interproximales. Todo esto requiere la provisión de una caja en cualquier diente - que se utilice como retenedor menor en un puente fijo movable.

## CORONAS CON PERNO

En principio, las coronas con perno fueron diseñadas solo para los dientes anteriores Fig.(2).



pero en la actualidad se ha logrado el mismo éxito en los dientes posteriores. Las coronas con perno dependen en particular de su retención y resistencia al desplazamiento dentro del conducto radicular. Además las preparaciones modificadas para permitir que las coronas finales abracen por completo la periferia del diente tallado aumentarán también la resistencia al desplazamiento dentro del conducto radicular

Pueden utilizarse pernos de fábrica, también pueden hacerse a la medida para que correspondan al caso individual. Los de fabricación suelen constar de un perno con hombro cerca del extremo cervical desde ese punto, el perno se estrecha hacia apical. El perno se extiende de varios milímetros hacia incisal desde el hombro. Para una resistencia adecuada, se emplea comúnmente una aleación oro y platino o prefabricados en acero inoxidable.

#### LINEAMIENTOS PARA LA ESTABILIZACION CORONORRADICULAR

Tanto los dientes anteriores como los posteriores con tratamiento endodóncico requieren alguna forma de estabilización coronorradicular. Para aclarar cualquier error de concepto sobre el tratamiento posendodóncico deberá hacerse seguimiento radiológico y clínico para la restauración de dichos dientes.

1.- Los cuatro dientes anteriores requieren perno y muñon colado Fig. (3) y (4)

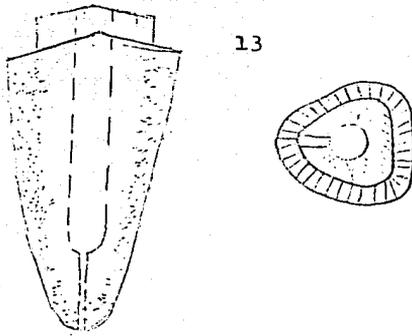


Fig. 3. Estabilización coronorradicular para un pilar anterior superior. Obsérvese la extensión de la preparación radicular con hombro, previa a la recepción del perno.

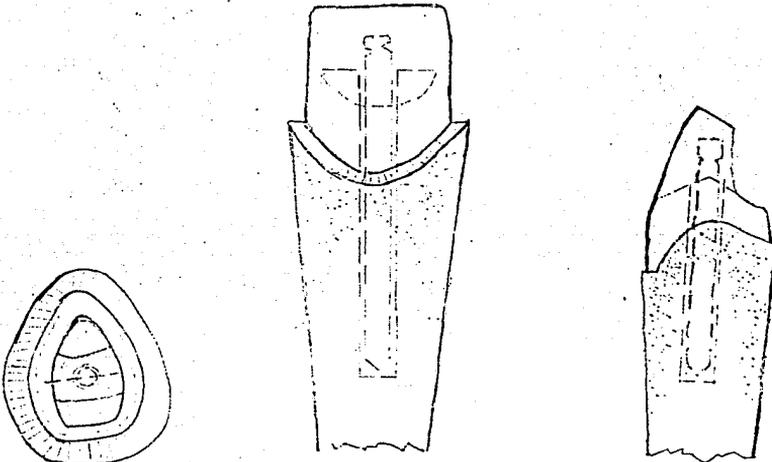


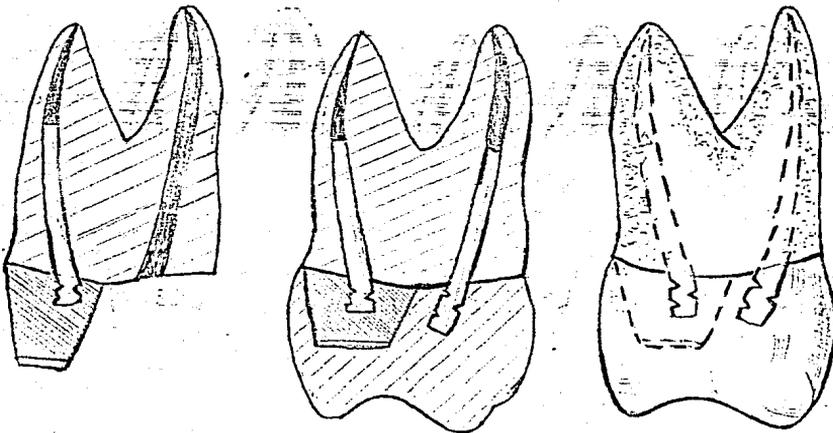
Fig. 14) Muñon colado para funda de porcelana que abarca la porción en meseta de la preparación y ocupa la mitad del ancho del hombro. Cabe observar que siempre que sea posible se conserva parte de la porción coronaria del diente.

2.-Los caninos requieren perno y muñón colado, a menos a menos que se ferulicen.

3.-Los premolares que hallan perdido más del 50% de su estructura suelen requerir del mismo tratamiento.

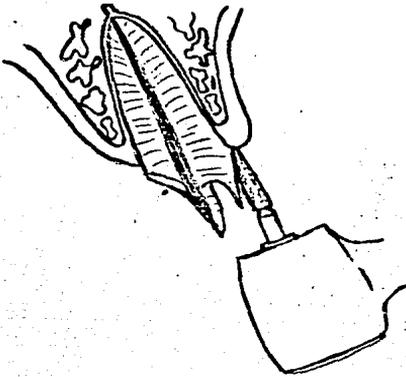
4.-Para los dientes resecaos, cualquiera que sea su posición en la arcada dentaria, necesitan del mismo tratamiento.

5.-Los molares que hallan perdido más del 60% de su volumen o que se destinan a pilares, casi siempre requerirán también del mismo tratamiento. Fig.(5)



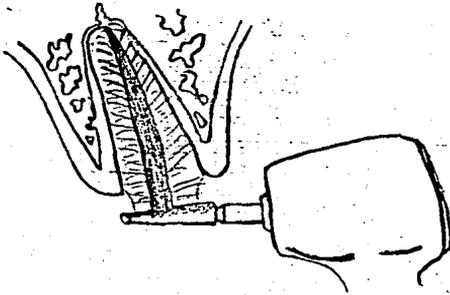
PREPARACION DEL CONDUCTO RADICULAR

Se desgasta el diente teniendo en cuenta que tipo de restauración va a llevar, En un diente anterior, deberá dársele prioridad a una corona de metal porcelana por resistencia y estética. Se hace la reducción incisal - con el diamantado cónico de punta redonda quitando unos dos milímetros. Se inicia la reducción axial con fresa de diamante de punta de lápiz o flama Fig.(6)



La reducción labial debe de tener de 1,0 a 1,2 mm. de profundidad. La reducción lingual se hace con una fresa de diamante de punta de lápiz o flama.

Con una fresa redonda se quitan toda la caries, cementos de fondo y restauraciones previas. Lo que resta se examina para ver que estructuras sanas de la corona van a ser incorporadas a la preparación final. Las paredes finas de estructuras no soportadas, se eliminan en este momento. Fig,(7)

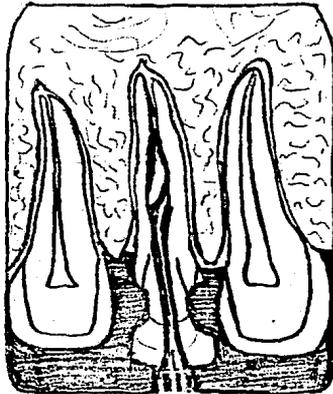


No es necesario suprimir toda la estructura coronaria a supragingival sino esta debilitado o minado.

El diente ya está en condiciones para la preparación del conducto radicular. El instrumento de elección para ensanchar el canal y eliminar la gutapercha es el

ensanchador de Peeso. Se puede conseguir un juego de seis tamaños que van de 0,6 a 1,6 mm. de diámetro. Como tiene la punta roma y no cortante, el instrumento sigue la vía de menor resistencia, que es la gutapercha del canal.

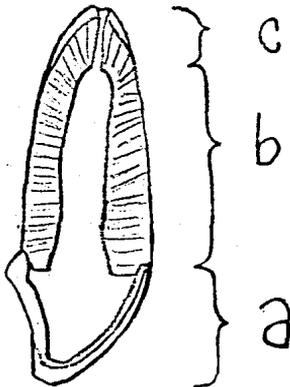
Un ensanchador de Peeso del No. 1 se pone encima de una radiografía del diente que se va a restaurar y se determina la longitud del ensanchador, que va a tenerse que introducir en el conducto. Fig.(8)



Se coloca un tope en el mango del instrumento, utilizando una referencia, por ejem. el borde incisal de un diente contiguo. Se desliza un trocito de dique de

caucho en el mango del ensanchador en el lugar adecuado para que luego nos indique el final del ensanchado.

La espiga debe tener una longitud equivalente a dos tercios a tres cuartos de la longitud de la raíz. Fig(9)



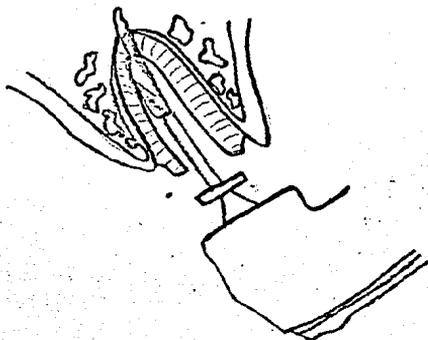
Deben quedar como mínimo 3mm. del relleno del conducto radicular intactos en la zona del ápice para evitar que el material de relleno se mueva y que hallan filtraciones. La espiga tiene que ser, por lo menos, igual de larga que la corona, para que tenga la adecuada retención con una óptima distribución de las fuerzas. +

Si no se consigue poner en práctica estos criterios el pronóstico de la restauración no será ideal, y es pre

ciso explorar las posibilidades de ganar la necesaria retención de alguna otra manera.

Coloque el ensanchador en el diente a la profundidad predeterminada y haga una radiografía para comprobar la exactitud de la longitud escogida.

Emplee esta radiografía para establecer la longitud final. Continúe ensanchando con los distintos diámetros escalonados, hasta alcanzar el más ancho permisible en ese diente. Fig. (10)



El tamaño del ensanchador depende del tamaño del -  
diente. Tabla 1

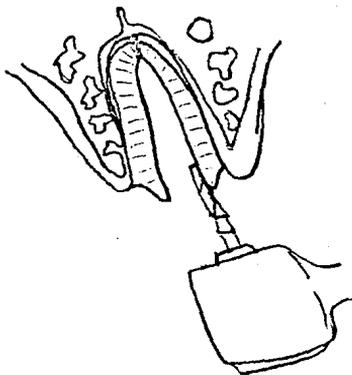
Tabla 1.

## Tamaño de los ensanchadores de Peeso.

Ensanchador	Diámetro	Diente
No.		
4	1,2mm.	Incisivos Inferiores Premolares Superio - res. Molares.
5	1,4mm.	Incisivos laterales Superiores Caninos Inferiores.
6	1,6mm.	Incisivos Centrales Superiores Caninos Inferiores Premolares Inferiores

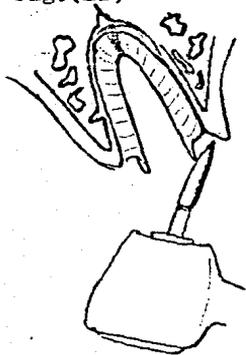
Una vez preparado el canal para la espiga, con una fresa No.170 haga una ranura en oclusal, en el área del diente donde halla el máximo espesor.

Fig. (11)



La profundidad de la ranura debe de ser de aproximadamente el diámetro de la fresa (aprox. 1mm.) y su longitud, la de la parte cortante de la fresa (unos 4 mm). Para no permitir la rotación de la espiga (cajas anti-rotatorias).

Con un diamantado en forma de bala se hace un marcado contrabisel en el contorno exterior de la cara oclusal. Fig.(12)



Este tallado da lugar a un collar de oro alrededor del perímetro oclusal de la preparación. Ayuda a mantener - unida la estructura dentaria remanente, previniendo su fráctura.

Esto sirve de salvaguarda a la espiga de preciso ajuste, que tiene tendencia a ejercer fuerzas laterales en el momento de ser cementada. En la fig. (13)



Se muestran los detalles detalles de una preparación para un muñon artificial con espiga.

TECNICAS ESPECIFICAS PARA ELIMINAR UNA OBTURACION  
RADICULAR.

1.- Caliente a la llama un condensador de Luks e insértelo por un momento en la obturación, con lo cual - esta debiera adherirse al instrumento, se repite hasta alcanzar la profundidad deseada.

-En este tipo de técnica se corre el riesgo de desobturarse totalmente el conducto.

2.- Mediante el empleo de escariadores de Peezo que aprehenden el material.

Para sopesar la posibilidad de perforación frente a ideales tradicionales de estabilización coronorradicular, se emplea el juicio clínico, la longitud quizá de ba ser sacrificada o modificada por seguridad.

**CONSTRUCCION DE PERNO Y MUÑON ANTERIOR: METODO DIRECTO**

Los dientes anteriores que requieren endodoncia y -  
llevarán una restauración coronaria entera deben poseer  
estabilidad coronorradicular.

No es necesario eliminar por completo toda la estruc-  
tura dentaria coronaria.

El tejido dentario con buen soporte puede utilizarse  
con ventaja para el Odontólogo y el paciente.

Es concebible que si el diente no esta afectado por  
caries o grandes restauraciones, la colocación de un -  
perno debe ser suficiente cuando la pieza no esta en -  
posición oclusal estratégica. Entonces es posible colo -  
car una restauración convencional sobre la apertura del  
acceso del perno. Fig.14

**CONSTRUCCION DE PERNO Y MUÑON EN POSTERIORES**

Los dientes paso es retirar la cantidad deseada de

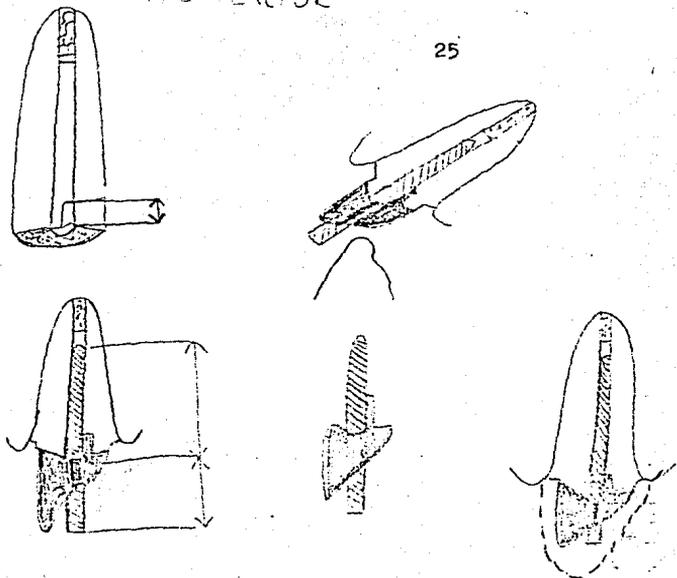
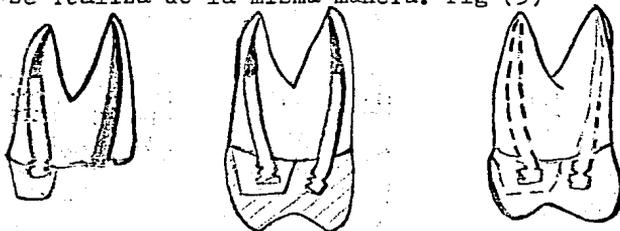


Fig.14.A. Se suele ubicar una llave de 2mm. en el lugar de mayor espesor del perímetro hacia el lado coronario del diente. B. El perno fue asentado y se verificó la adecuación de su longitud; se dio a la porción coronaria la forma de un tallado para corona. C. El perno radicular de esta ilustración es bastante largo en comparación con la longitud de la corona prevista. D. Núcleo y perno completos, listos para ser cementados en la raíz preparada. E. La superficie vestibular de la porción coronaria del perno debe prever que quede espacio suficiente para un frente estético.

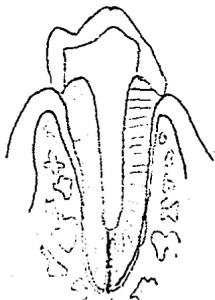
obturación radicular. La eliminación del material de obturación radicular. La eliminación del material de obturación del Conducto Mayor, habitualmente el distal en los dientes inferiores, y el palatino en los superiores se realiza de la misma manera. Fig (5)



#### Preparación de la Estructura Dentaria.

Si queda suficiente estructura dentaria en un molar, se puede crear una retención adicional en la dentina, con el diseño cavitario tradicional, además de los pins. Se adaptará al conducto un tornillo de rosca de tamaño y longitud apropiado (Blue Island) de modo que deje espacio oclusal suficiente que no quede demasiado trabado y que se requiera una fuerza mínima para ubicarlo en posición. Pueden agregarse pins para reforzar el procedimiento.

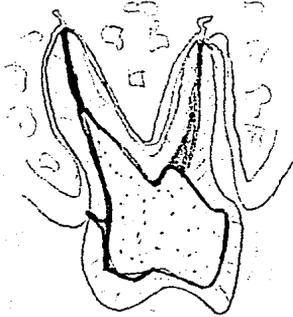
Los premolares inferiores, con una raíz única, no presentan ninguna diferencia respecto a los dientes anteriores a la hora de preparar una espiga. Fig.15



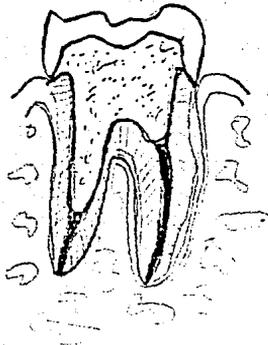
Los premolares superiores si que presentan alguna diferencia, pero ninguna dificultad insuperable. El canal bucal se ensancha para que en él se aloje la espiga, y en el lingual se insinuará una bifurcación de la espiga que servirá para la estabilización. Fig.16.



Los molares son más difíciles de restaurar con muñones artificiales con espiga. En los superiores la espiga se coloca en el canal palatino Fig.17.

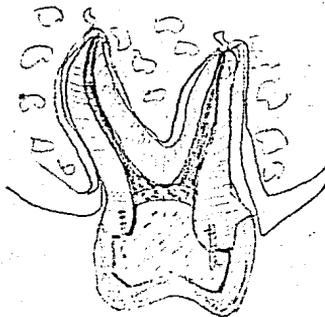


En los inferiores, la raíz distal es la que con más frecuencia es casi recta, así, en esas piezas se ensancha la raíz distal para alojar la espiga. Fig.18.



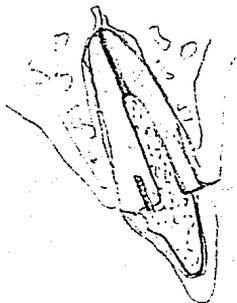
En las piezas que van a ser restauradas con núcleos de amalgama o composite retenidos por pins, es de capital importancia evitar la perforación lateral. Se tiene mucha mayor libertad para profundizar los pozos que en los dientes vitales. Los pozos pueden taladrarse con una dirección más hacia pulpa, ya que la penetración en la cámara pulpar no tiene importancia.

Los muñones artificiales de amalgama o composite retenidos por pins, tanto se pueden usar en los molares superiores como en los inferiores. Fig. 19.



en tanto dispongan de estructura dentaria adecuada para emplazar pins.

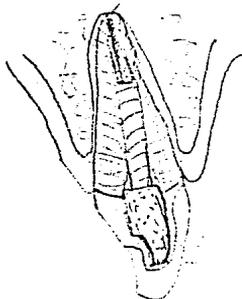
paralelizados con la espiga principal situada en el  
 conducto+ FIG. 20



Después de haber preparado el canal con brocas -  
 espirales de 1,25mm. 1,50, o'1,75 mm. (según el diá-  
 metro de la raíz), se inserta en el conducto un dis-  
 positivo paralelizador y se taladran pozos para pins  
 de 0,6 o'0,7 mm. rigurosamente paralelos al conducto  
 radicular. Luego se coloca en el canal una espiga de  
 plástico y en cada pozo un pin o de plástico o de  
 iridio-platino. A continuación se hace un muñon con-  
 resina autopolimerizable por encima de espiga y pins.  
 Una vez colado el muñon se cementa el conjunto en el  
 diente. La retención auxiliar que ofrecen los pins a-  
 yudan al muñon a mantener la restauración final.

+ Para Post, Whaledent, Inc., Brooklyn, New York.

Hay otros tipos de muñones de uso común. Para conseguir la necesaria retención se pueden emplear unas espigas roscadas+ Fig. 21



Después de preparar el canal de modo usual con los ensanchadores de Peeso, se rosca y su boca se ensancha hasta formar un alojamiento cilíndrico para el muñón. La retención es excelente, pero hay que tener cuidado durante la instrumentación y durante la inserción. Se han señalado grandes concentraciones de sobreesfuerzos si los machos de roscar no se limpian continuamente.

Si tiene que restaurarse un diente con un conducto radicular corto mediante un muñón colado, tiene que encontrarse algún sistema distinto al tradicional de la espiga normal. Hay un método en que se utilizan pins -

+ Kurer Crown Anchor, Union Broach Company, Long Island City, New York.

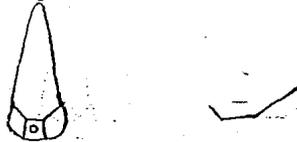
Preparación en forma bifacetada o de tejadillo de una raíz para la colocación de una corona de espiga, esta está indicada en dientes anteriores hasta el canino.

Fig.22



Preparación modificada en forma trifacetada de una raíz, para la colocación de una corona de espiga, esta - indicada en los premolares y molares.

Fig.23



Preparación de una raíz con caries profunda en su parte central. La superficie de la raíz presenta una depresión

Fig. 24

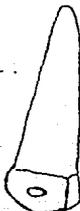


Preparación de una raíz con caries más bien marginal, ±

la superficie del muñon radicular ha recibido forma de cúpula. Fig. 25



Muñon preparado para la recepción de un medio casquillo.  
La superficie palatina y las proximales se cubren con  
el metal del aro (Modificación Tipo Richmond).  
Fig. 26

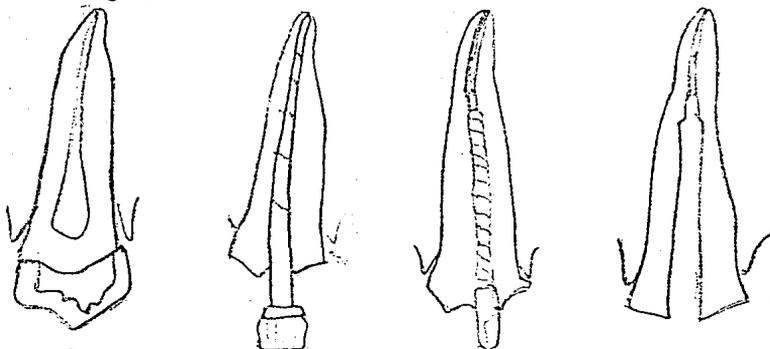


CAJAS ANTIRROTATORIAS: Son para ubicar en un solo sitio la restauración.

Se utilizan en piezas unirradiculares, para dar más retención y estabilidad a la pieza y evitar que se desalojen.

Fig. 27





A. Diagrama de un diente con pérdida de estructura dentaria y anatomía interna del sistema de conductos. B. Longitud total del conducto con la lima en posición. Vuelva a observar que la forma y tamaño finales del espacio para el perno dependen en parte del tamaño de la lima utilizada para la preparación final. C. Con un incremento en el diámetro de las limas, se logra la forma interna del sistema de forma y muñón. El tercio apical del conducto posee sellado endodóncico. D. Forma interna del conducto. El perno metálico debe corresponder lo más estrechamente posible en diámetro y longitud al espacio preparado para el perno. E. En este caso, el diente puede perderse a causa de la preparación apresurada del espacio para el perno. El empleo de instrumentos rotatorios en el conducto radicular debe ser un hecho raro.

Son más apropiados los instrumentos de mano, sobre todo en pacientes jóvenes

## CONCLUSIONES

Al través del tiempo se ha visto el avance tan radical que ha tenido la Odontología en su Historia. Misma que se ha fundamentado en bases Científicas y Médicas . A las que en algunas ocasiones les dieron forma lineamientos empíricos, los que de alguna manera coadyuvaron a la conservación de los dientes o parte de ellos.

Aunque existen algunas diferencias entre algunos autores, con respecto a las preparaciones intrarradiculares, básicamente todos coinciden en dichos lineamientos.

De igual forma hemos corroborado que para que un tratamiento dental tenga el éxito deseado deberán seguirse paso a paso todas sus indicaciones.

En el primer paso es elaborar un buen diagnóstico en base al conocimiento a través de la Historia Clínica y ficha clínica, del estado de salud, tanto orgánico como bucal de nuestro paciente para que con ello tracemos el plan de tratamiento adecuado, con el cual lograremos el pronóstico más favorable.

## COMENTARIOS

La finalidad de esta tesina, es la de hacer un análisis a las consideraciones de algunos autores en cuanto su forma muy personal de conservar las piezas dentarias o parte de ellas, con lo que se puede lograr de volver al paciente una oportunidad más estable en su boca, que de otra forma sería más crítica. Dado que con la conservación de los mismos podemos trazar planes de tratamiento más conservadores.

Y al hacer un estudio de las ventajas o desventajas de las preparaciones antes vistas, tener un lineamiento más adecuado para la solución de algunos casos en particular.

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

- 1.- CORONAS Y PUENTES FIJOS. MYERS GEORGE. E. EDITO /  
RIAL LABOR S.A. 6ta. EDICION 1981
- 2.- FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA FIJA. SHILLINGBURG/ HO  
BO / WHITSETT . LA PRENSA MEDICA MEXICANA, S.A. TERCERA  
REIMPRESION, 1983.
- 3.- PRACTICA MODERNA DE PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES /  
JOHNSTON J.F. EDITORIAL MUNDI SAIL Y F. REEDICION 1979.
- 4.- PROTESIS FIJA. KEITH E . THAYER. EDITORIAL MUNDI -  
SAIC Y F. BUENOS AIRES ARGENTINA. 1a. EDICION 1987.
- 5.- PROTESIS FIJA. D.H. ROBERTS. EDITORIAL MEDICA PANA-  
MERICANA. MAYO DE 1979.
- 6.- TEORIA Y PRACTICA DE LA PROSTODONCIA FIJA. TYLMAN,  
S.D. EDITORIAL INTERAMERICANA. BUENOS AIRES ARGENTINA,  
SEPTIMA EDICION 1981.
- 7.- TRATADO GENERAL DE ODONTOESTOMATOLOGIA TOMO IV.  
KARL HAUPL. EDITORIAL ALAMBRA. S. A. 1959
- 8.- INCRUSTACIONES DE CORONAS Y PUENTES. MILLER JAY CH.