



119
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

GENERALIDADES DE
PROTESIS FIJA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MA. ANTONIETA GUADALUPE GALINA CRUZ

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1990



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

INTRODUCCION.

**CAPITULO I
HISTORIA CLINICA.**

**CAPITULO II
ANALISIS RADIOLOGICO.**

**CAPITULO III
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.**

**CAPITULO IV
INSTRUMENTAL.**

**CAPITULO V
TIPO DE PREPARACIONES.**

**CAPITULO VI
ARTICULADORES CLASIFICACION Y MONTAJE DE MODELOS.**

**CAPITULO VII
AJUSTE OCLUSAL.**

**CAPITULO VIII
MATERIALES DE IMPRESION.**

**CAPITULO IX
PRUEBA Y CEMENTADO DE LA PROTESIS.**

**C O N C L U S I O N E S .
B I B L I O G R A F I A .**

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

La realización y elaboración de esta tesis sobre dicho tema fue motivada por la gran inquietud que despertó en mí durante la carrera la prótesis fija; es por eso que he tratado de hacer un estudio práctico sobre dicho tema.

Con la ayuda de la prótesis y otras especialidades ligadas a ella como la operatoria y endodoncia, podemos resolver hasta en un 70% la estética y funcionalidad de las estructuras dentarias dañadas.

En la actualidad después de haber hecho una buena historia clínica elaborada con un buen interrogatorio y una buena exploración clínica contamos ya con medios muy eficaces para llegar a establecer un diagnóstico confiable. Estos medios son el uso de rayos X, la transluminación y la prueba de vitalidad pulpar.

Se debe tener en cuenta que una correcta prótesis es aquella que devuelve a la boca todas sus cualidades, tanto en su presencia fisiológica como estética.

Conoceremos a través de esta tesis, las indicaciones y contraindicaciones, los diferentes tipos de preparaciones, y los pasos necesarios para construir una prótesis fija, que se realizan en la boca del paciente.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

El dominio para la elaboración de la historia clínica comprende muchos aspectos psicológicos intangibles en la relación con el paciente, una sólida formación médica y una capacidad para resolver problemas.

En relación con el paciente comprende madurez emocional, sensibilidad y un auténtico interés, la entrevista inicial consta de tres componentes los cuales son:

- a).- Emocional; hacer notar que los pacientes más difíciles o agresivos pueden tener importantes problemas que han sido sobreestimados.
- b).- Objetivo ; se refiere a la información que se obtiene acerca de los problemas de los pacientes, como síntomas que presentan como su cronología.
- c).- Tratamiento; comienza desde el momento del contacto inicial entre el médico y el paciente, la seguridad y confianza en si mismo, proporciona seguridad al paciente y lo motivan.

Es sumamente importante que el paciente vea en el médico a un profesional, comprensivo, respetuoso y competente.

La historia clínica comienza con un interrogatorio de datos personales del paciente, el cuál sirve para la identificación del paciente o su expediente, además es importante ya que conoceremos que tipo de trabajo desempeñar, grupo racial, en donde predominan algunas enfermedades.

Dichos datos son: Nombre, edad, raza, profesión que desempeña, dirección, teléfono particular, dirección y teléfono de su trabajo.

Padecimiento actual.

En la mayoría de los casos el motivo que lleva al paciente a consultar al odontólogo es la aparición reciente de alguna molestia, y tomando una decisión importante y cierta el deber principal es corregir lo más pronto posible dicho problema.

La historia clínica deberá ser de modo que no sea engorrosa y redundante, deberá brindar buen panorama acerca de la salud general del paciente y su estado actual.

Si el paciente refiere haber tenido reacciones inesperadas después de haberle sido administrado algún medicamento, debe de investigarse si la reacción es de tipo alérgico, o si ha sido un síncope, debido a la ansiedad en dicho momento.

Si ha sido de tipo alérgico, debe tenerse cuidado ya - que se puede administrar de nuevo el medicamento alérgico, por lo general los medicamentos que producen alergias son: Los Anestésicos y los Antibióticos.

Los pacientes que durante su interrogatorio presentan problemas relacionados con algunas enfermedades de cuidado, el dentista antes de iniciar el tratamiento debe consultar al médico que conozca el caso.

La generalidad del cuestionario enfatiza la relación - de los medicamentos en determinadas enfermedades generales - que podrian causar complicaciones médicas específicas durante el tratamiento.

Examen Clínico de la Cavidad Oral.

Dará el examen clínico la oportunidad de saber cuál es el estado de los tejidos de sostén, el color, forma, consistencia y relación de los tercios cervicales de las coronas de los dientes, dando a conocer al odontólogo y alertándolo, si existiera alguna enfermedad parodontal.

También se determinará la aptitud del paciente para mantener una buena higiene bucal.

La existencia de las bolsas parodontales, su localización, profundidad y grado de movilidad de las piezas dentarias, especialmente las que pueden servir de pilares, la presencia de caries, localización en combinación con la cantidad de retención de placa, puede dar una idea del pronóstico probable de las nuevas restauraciones.

El examen bucal debe realizarse, para apreciar la aceptación de los tejidos donde podrá observarse su relación a las restauraciones previas, lo cuál se va a llevar a cabo - como a continuación se indica ;

- Por medio de las palpaciones se determinará el grado de movilidad.
- Se prosigue con el examen visual de los tejidos del piso de boca, paladar duro y blando, bordes de la lengua para buscar lesiones sospechosas de cualquier tipo.

Este examen debe ir acompañado de un diálogo con el paciente para establecer la etiología de las condiciones que afectan a los tejidos duros y blandos.

El examen bucal debe hacerse en forma sistémica con diversos instrumentos como espejo, explorador, agua, aire, - hilo dental y un buen foco de luz.

- Investigar cualquier hábito bucal anormal (músico - que toque instrumentos de viento, fumadores de pipa etc.).

- Examen de los movimientos de apertura y cierre en - relación céntrica en busca de :

- a).- Tipo de oclusión.
- b).- Crepitación.
- c).- Chasquidos.
- d).- Amplitud del movimiento mandibular, en la función normal.

- Examen de la irregularidad total de la estructura - dental superficial visible en busca de:

- a).- Caries.
- b).- Variación de color que afecten al esmalte.
- c).- Areas de erosión
- d).- Zonas de abrasión
- e).- Superficie de desgaste oclusal.
- f).- Zonas sensibles de dentina o cemento expuesto.

Se pueden requerir pruebas especiales complementarias como trasiluminación, pruebas pulpares eléctricas y percusión.

- Examen de los dientes.

- a).- Caries (nuevas o recidivas).
 - b).- Morfología coronaria (corta o larga).
 - c).- Perímetro general de los tipos coronarios.
 - d).- Rotaciones.
 - e).- Modelo de la inclinación axial.
 - f).- Sobre erupción e infraerupción de los dientes.
- Examen de la oclusión.
- a).- Contactos prematuros y tipo de oclusión.
 - b).- Interferencias cuspidas de los movimientos exen-
tricos.
 - c).- Presencia de contactos prematuros del lado de ba-
lance y trabajo.

Examen periodontal.

Es necesario el examen periodontal minucioso por si fue-
ra necesario la estimulación con rígidas normas de higiene
bucal.

Se emplean soluciones revelantes para hacerle notar al
paciente la zona donde hay mayor acúmulo de placa.

Antes de iniciar el examen debe aplicársele una profi-
laxis intensa al paciente, el cual si es necesario deberá -
complementarse, antes de la preparación de los dientes, pa-
ra que la prótesis fija brinde un estado óptimo de salud -

a los tejidos de sosten.

Examen radiográfico.

Es de suma importancia, ya que nos proporciona información de ambos maxilares, nos revela por ejemplo si en los espacios desdentados existen restos radiculares o áreas radiopacas, se apreciará la calidad de las estructuras de soporte, la relación corona-raíz, así como también forma de las raíces dentarias y áreas con reabsorciones. Se descubrirá el espesor de la membrana parodontal, para establecer el patrón clínico que sirve de guía al odontólogo al seleccionar el número de pilares para poder ofrecer así a la prótesis el apoyo parodontal conveniente y necesario.

Modelos de estudio.

Los modelos de estudio son vitales en la planeación de cualquier tratamiento protésico, ya que facilitan al operador el:

- a).- Evaluar las fuerzas que pueden actuar en contra del aparato protésico.
- b).- Decidir si algún desgaste del diente antagonista sería necesario, de modo que convenga o mejore el plano oclusal y pueda ser modelado.

- c).- Visualizar la dirección en la cual la fuerza puede aplicarse a la restauración y a reducir el tamaño de la cúspide del diente opuesto.
- d).- Observar el diseño, planearlo y lograr así la mayor estética.
- e).- Determinar el patrón de inserción y el tallado adecuado para que los pilares preparados sean paralelos.

En base a los datos obtenidos en los exámenes antes realizados, en su conjunto, nos darán la pauta para elaborar un diagnóstico y realizar un plan de tratamiento de acuerdo a las necesidades que el paciente requiera.

CAPITULO II

ANALISIS RADIOLOGICO

Es un auxiliar necesario, no suplanta al examen clínico, debe de incluirse una serie de 14 películas intrabucales y de aleta mordible, para un paciente adulto.

En ocasiones es posible que se requiera películas extrabucales de la A.T.M., para pacientes con disfunción articular y dolor.

En esta etapa se recomienda tomar una serie de fotografías clínicas como base para determinar modificaciones en el aspecto de los tejidos blandos y proporcionar un registro permanente de las condiciones estéticas del paciente.

Las radiografías se deben observar cuidadosamente para tratar de detectar:

- a).- Grado de pérdida ósea y conjunto de huesos de sostén remanente (determinación de la razón corona-raíz).
- b).- La presencia de raíces residuales.
- c).- Cantidad y morfología de las raíces (cortas, largas, finas, bifurcadas e hipercementosis).

- d).- **Inclinación axial de los dientes y raíces. (grado estimado de no paralelismo y si existiera).**
- e).- **Presencia de enfermedad apical o resorción radicular.**
- f).- **Calidad general de hueso de sosten, trabeculado y reacción a la modificación funcional.**
- g).- **Ancho del ligamento periodontal.**
- h).- **Presencia de caries y determinación de las restauraciones preexistentes y su relación con la pulpa dental.**
- i).- **Determinación de las obturaciones radiculares.**

En prótesis, este estudio es de suma utilidad ya que nos proporciona una ayuda para calcular la relación de los ejes longitudinales de los dientes que se proponen como pilares, ya que una condición radiográficamente aceptable sería aquella en que:

- a).- **La longitud de la raíz dentro del proceso alveolar sea mayor que la suma de las longitudes de la parte extra alveolar de la raíz y la corona.**

- b).- Que el proceso del área desdentada sea denso.
- c).- Que el espesor de la membrana parodontal sea uniforme y que no muestre indicios de estar soportando fuerzas laterales lesivas.
- d).- Que el paralelismo entre los pilares no se alejen más de 25 ó 30 grados entre ellos, si los rayos X revelan condiciones contrarias a las anteriores, por ejemplo: absorción alveolar o apical, cuando hay lesión a nivel de la furcación, que las raíces sean muy curvas y que el alveolo que los rodea reciba fuerzas en dirección contraria a sus ejes longitudinales, los rayos X no pueden dar una pauta para no realizar las prótesis en esas piezas.

CAPITULO III

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Indicaciones.

- 1).- Cuando las condiciones apicales del diente pilar son favorables.
- 2).- Cuando las raíces no son curvas, y tiene una inserción tal en el alveolo, que permiten al diente pilar ser buen sostén de la prótesis.
- 3).- Cuando la furcación se encuentra en buenas condiciones.
- 4).- Cuando la longitud del espacio desdentado no es muy grande.
- 5).- Cuando la membrana mucosa reacciona favorablemente.
- 6).- Cuando no exista mucha reabsorción del proceso alveolar.
- 7).- En dientes pilares que tengan su cámara pulpar -- completamente formada.
- 8).- En pacientes que presenten su oclusión más o menos normal.

- 9).- En pacientes que mantienen sus hábitos higiénicos y masticatorios normales.
- 10).- En pacientes que cumplan con la ley de Ante.
- 11).- En pacientes de edad promedio.

La posición de los dientes en la arcada también influyen en el soporte de cada uno de los dientes pilares; también tendremos en cuenta la movilidad de los pilares y valorarla para diagnosticar si son buenos soportes.

1.- Correcta Distribución de Dientes Pilares:

Será cuando exista la presencia de uno o más dientes pilares a cada extremo de la brecha desdentada corta y en el caso de una brecha desdentada amplia, de cinco o más dientes ausentes, se recomienda uno o más dientes pilares intermedios.

2.- Brechas Cortas.

Cuando la ausencia de dientes anteriores sea de 1 a 6 máximo, para devolver y conservar la estética.

Ley de Ante:

"La suma de las superficies parodontales de los dientes pilares o de soporte deberá ser igual o mayor a la suma de las superficies parodontales de los dientes faltantes". Es decir, al inclinarnos -

a realizar una prótesis fija, siempre deberá haber más dientes pilares que brechas desdentadas. Esto es -
tá muy ligado con la relación corona-raíz de los dientes pilares, que deberá ser de 1 a 1.5 cm., es decir, que si la corona de un diente mide 1 cm, de longitud, la raíz deberá medir de 1 a 1.5 cm.

Factores para elegir una Prótesis Fija:

1.- Examen Radiográfico:

Este nos revela la presencia de bolsas parodontales en el contorno radicular, el grado de caries, el estado - en que se encuentra una raíz por su conducto tratado - endodónticamente y desde luego, la relación corona-raíz.

2.- Modelos de Estudio:

Nos darán la información de los dientes pilares, al espacio de los mismos en relación a sus antagonistas, el ancho de espacios mesiales y distales, la extensión - del espacio desdentado ; con ellos nos damos cuenta de la cantidad de tejido que hay que eliminar para conseguir una preparación correcta.

3.- Examen Clínico:

Los elaboramos directamente en la boca del paciente y nos revela la extensión de caries, si existen contactos prematuros, forma dentaria y los movimientos cinemáticos -abrir, cerrar, lateralidad, retrusión, etc. -

4.- Forma y Longitud de la Raíz de los Dientes Pilares:
Deberá ser larga, con paredes anchas, lo más paralelas posibles.

5.- Higiene Bucal del Paciente:
Deberá ser óptima.

6.- Edad del Paciente:
Deberá estar en un promedio de 20-50 años, máxima de 60, tomando en cuenta su higiene oral.

7.- Pilares Sanos:

Que existan pilares sanos, pero debemos tomar en cuenta su estructura ósea (es decir, que su estructura ósea o de soporte no muestre signos de atrofia alveolar), que la pulpa vital reaccione favorablemente a los estímulos naturales. En el caso de dientes desvitalizados, el conducto radicular deberá encontrarse adecuadamente obturado y sin -- indicios de resorción apical. El pilar podrá tener caries siempre y cuando admita este tratamiento para devolverle la salud y que los tejidos y fibras parodontales se encuentren en óptimas condiciones.

Tabla de Valores Protésicos:

Es un valor numérico que se le da a la estructura dentaria para poder aplicar correctamente la ley de Ante, esta tabla se determinará por el valor numérico mínimo que es -- 1, salvo en excepciones en que el órgano dentario se encuentre en excelentes condiciones con respecto a la relación --

corona-raíz, ausencia de enfermedad parodontal; en este caso, el valor protésico más alto será 3.

Organos Dentarios		Valores Protésicos
8 7 6 5 4 3 2 1		0 0 3 2 2 3 2 0
0 2 3 2 2 3 1 1		1 2 3 4 5 6 7 8

Valores Protésicos	Organos Dentarios
--------------------	-------------------

CONTRAINDICACIONES

- 1).- Cuando hay reabsorción apical.
- 2).- Cuando hay bolsas patológicas que no cederían a un tratamiento.
- 3).- Cuando hay lesiones a nivel de la furcación.
- 4).- Cuando hay un problema apical tratado por apicectomía que desfavorece la relación corona-raíz.
- 5).- Cuando las raíces son excesivamente curvas y el alvéolo que los rodea recibe fuerzas en dirección contraria al eje longitudinal que puedan provocar reabsorción ósea.
- 6).- Cuando el espacio desdentado es de tal longitud, que la carga suplementaria que se genera en la oclusión, compromete la salud de los tejidos de soporte de los dientes que se elijen como soporte.
- 7).- Cuando la longitud del tramo, requiere por causa de su rigidez, una barra de dimensiones tales que haya que reducir forzosamente el área de los nichos y se provoca la sobreprotección de los tejidos subyacentes.
- 8).- Cuando se observe que la membrana mucosa reaccionará desfavorablemente a la prótesis colocada anteriormente.
- 9).- Cuando la prótesis fija ocluya con dientes naturales o con prótesis fija únicamente en un extremo, en la mitad o menos de su longitud.

10).- Cuando en la zona anterior hubo una gran pérdida del proceso alveolar y por lo tanto, los dientes que se coloquen en la prótesis serían demasiado largos y por lo tanto antiestéticos.

En pacientes adolescentes está contraindicada la prótesis fija, por lo amplio de la cámaras pulpares, lo cual impide un buen desgaste de los pilares. En caso de realizar una prótesis en estas circunstancias se colocará como provisional y se realizará una nueva prótesis con los desgastes adecuados cuando el paciente tenga más edad y la pulpa sea menor.

Es conveniente en estos casos colocar un mantenedor de espacio para mantener la posición de los pilares y los dientes antagonistas.

Hay otras contraindicaciones de la prótesis fija, como por ejemplo: si una boca se observara un déficit higiénico, y el paciente no cumpla con las indicaciones para mejorarla, todo esfuerzo será inútil por parte del odontólogo.

La prótesis fija también está contraindicada si a una persona le resulta imposible conservar una higiene bucal o general adecuada, a causa de algún impedimento físico.

En pacientes ancianos que presenten enfermedades sistémicas, como Diabetes Mellitus, Convulsiones, etc.

CAPITULO IV

INSTRUMENTAL

INSTRUMENTAL:

Para la preparación de toda restauración a menudo se exige de la eliminación de una cantidad importante, de estructura dentaria para proveer espacio, retención y rigidez a los retenedores.

La capacidad para la eliminación de dichas estructuras aumento mucho por la introducción de las piezas de mano a - turbina de alta velocidad, no solo se redujo el tiempo, sino también alivia de sobremano de molestias a la excesiva - presión y vibración.

- Pieza de mano de alta: se utiliza con agua, en un campo bañado se enfría la superficie del corte y se aminora con una gafa firme para no traumatizar el epitelio, dientes así como tejidos adyacentes durante la preparación.

- Corte, para lograr los cortes requeridos en una preparación se utilizan instrumentos como fresas de carburo, de tungsteno y piedras de diamante, instrumentos de diamantes, - existen con diversas rugosidades.

Los gruesos estan diseñados para una rápida reducción del tejido dentario.

Los de textura mediana para tallado general.

Los finos se utilizan sobre todo para definir los márgenes gingivales.

Los superfinos resultan excelentes para el refinado y el acabado de las preparaciones.

Debe seleccionarse de modo que se adapten a las dimensiones y forma que se pretenda dar a la superficie a tallar.

Se diseñará de modo que la pieza de mano se mantiene - paralela al eje del diente.

- Las piedras en forma de rueda son adecuadas para reducir superficies no retentivas.

- Las piedras esféricas u ovoidales se utilizan con frecuencia para superficies oclusales no retentivas.

- Las piedras cilíndricas se pueden obtener con un extremo liso o cortante y son útiles para preparar paredes - planas y hombros gingivales.

- Una piedra cónica es apropiada para la preparación de un bisel gingival mientras que una troncocónica con extremo esférico con una forma de llama se utiliza para producir un chaflán gingival.

CAPITULO V

TIPOS DE PREPARACIONES

PREPARACION 3/4 ESTETICA.

Está indicada en todos los dientes anteriores, tanto superiores como inferiores. El desgaste es dejando la cara vestibular intacta. Los dientes deben reunir las siguientes características:

- La cara vestibular tendrá que estar libre de caries y deformaciones.
- Cuando las caras proximales y linguales presentan caries mínimas.
- Cuando es necesario que los dientes tengan protección incisal.
- Los márgenes de la preparación deberán terminar en tejido dentarios sanos.
- Deberán presentar poco metal por razones estéticas.

La corona 3/4 abarca las caras linguales o palatínicas, mesial, distal y parte del borde incisal. Su mecanismo de retención es a base de surcos o rieles laterales.

Técnica de preparación:

- 1).- Reducir el borde incisal con una fresa troncocónica de diamante, formando un bisel hacia el lingual, sin

tocar la cara vestibular; hay que mencionar que este corte deberá ser siguiendo la anatomía del borde incisal, es decir, que si se trata de un incisivo se hará en línea recta y en el canino, siguiendo la dirección de las crestas marginales.

2).- Se reduce la superficie lingual hasta la cresta del ángulo con una fresa de diamante fusiforme, aproximadamente 2 mm.

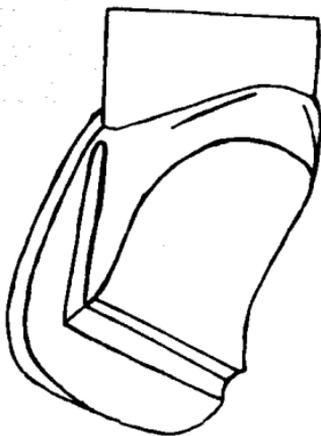
3).- Se desgasta la cara lingual en el ángulo con la fresa troncocónica de diamante.

4).- Las superficies proximales se desgastan con una fresa troncocónica delgada, en forma de punta de lápiz; se extiende hasta la mitad de la cara proximal.

5).- La rielera incisal se elabora en la parte media del borde incisal, con una profundidad aproximada de 1.5 mm.

6).- La rielera se talla en la dirección que determina el patrón de inserción, en la mitad de las caras proximales, una vez que han sido rebajadas éstas. Los cortes se harán desde el extremo de la ranura incisal hasta el borde cervical de las superficies proximales. Las rieleras se talla con una fresa de carburo troncocónica larga, con una profundidad de 1.5 a 2 mm. aproximadamente.

7).- Se da la terminación cervical a la preparación - (chaflan). Se bicelan todos los ángulos y se pule en general la preparación, retocando las rieleras.



PREPARACION 4/5

Esta preparación se puede llevar a cabo de dos formas:

- 1).- Por rieleras o fisuras proximales.
- 2).- Con cajas proximales.

La preparación a base de fisuras es muy conservadora y casi no penetra en el interior de la corona del diente. Está indicada en premolares y molares que no tengan obturaciones, ni caries muy extensas.

La retención a base de cajas proximales es básicamente una preparación para incrustaciones MOD, con la superficie lingual y oclusal rebajadas y está indicada en aquellos dientes que tengan caries profundas u obturaciones extensas.

Indicaciones.

Son similares a las preparaciones de 3/4, sólo que aplicado en dientes posteriores. Puede ser una restauración protésica individual, así como un retenedor para puentes fijos de tramo corto o largo.

Técnica de elaboración:

- 1).- Se reduce la superficie lingual con una fresa de diamante troncocónica, aproximadamente 1.5 mm., siguiendo el contorno de la cara lingual.

2).- Con la misma fresa de diamante, se reducen las caras proximales, tratando de rebajar la misma cantidad de tejido que en la superficie lingual. El corte de las caras proximales tenga un diente contiguo, se usará una fresa delgada protegiendo previamente al diente contiguo con una banda metálica.

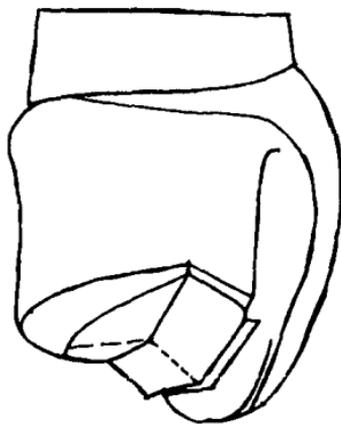
3).- Con la fresa troncocónica de diamante, se desgasta la superficie oclusal del diente, aproximadamente 1.5 mm. de espesor, siguiendo el contorno anatómico de la cara oclusal y dejando espacio suficiente para alojar la restauración metálica. El diente no deberá ocluir con el antagonista; de no ser así, se puede reducir la superficie oclusal con una fresa de diamante en forma de rueda de coche.

4).- Las rieleras proximales se trabajan con una fresa troncocónica de carburo en las caras proximales, aproximadamente en la parte media de éstas; van desde $1/2$ mm., antes de la línea terminal cervical hasta la cara oclusal. Se tomará en cuenta que las dos fisuras proximales deberán ir paralelas entre sí. El ancho de las fisuras varía entre 1 y 2 mm., así como una profundidad que será de 1.5 a 2 mm.

5).- Se talla una rielera en la mitad de mesial a distal, que servirá de unión a las rieleras proximales; ésta se puede hacer con una fresa pequeña de cono invertido.

6).- Se le dá la terminación cervical a todas las caras que hayan sido talladas hasta la línea cervical terminal, de preferencia tipo chafilán.

7).- Para dar por terminada la preparación se biselan todos los ángulos, se alisan las superficies y se retocan las rieleras.



PREPARACION PINLADGE O DE RESPALDO ESPIGADO.

Este tipo de preparación está indicado en todo tipo de dientes anteriores, tanto superiores como inferiores, que tengan las siguientes características:

Deben tener un buen soporte óseo; cuando haya una buena relación axial; cuando la corona clínica es robusta y tenga una longitud adecuada; cuando el diente esté libre de caries o ésta sea mínima; cuando los bordes incisales sean anchos.

Recibe el nombre de respaldo espigado, debido a que la retención es por medio de tres espigas o pins, que van colocados en el respaldo del retenedor.

De preferencia esta preparación se realiza en personas adultas, cuya pulpa está bien formada, ya que la penetración de los pins en dientes jóvenes podrían llegar a lesionar el órgano pulpar.

Está contraindicado en dientes cortos que tengan caries extensas en dientes delgados, en dientes con caries cervical.

Técnica de elaboración:

1).- Se establecerá el margen vestibular donde se hará el desgaste, tomando en cuenta que se hará lo más estético

posible y que el metal no se vea.

2).- Se desgastará toda la cara lingual, desde el borde incisal hasta la altura del ángulo, utilizando una fresa en forma de rueda de coche o una fresa ovoide; el desgaste se hará de 0.5 a 1 mm., para dejar el espacio. Con una fresa de diamante en forma de flama, se desgasta la cara proximal y el ángulo; ésto se logra manteniendo la fresa paralela al eje longitudinal del diente; se creará una línea de terminación a lo largo de la zona gingival que se encontrará en la periferia de la preparación.

3).- Con la misma fresa se limitará el surco interproximal hasta donde se estableció; para no afectar los dientes contiguos se protegen con una banda matriz; con una fresa de carburo se profundiza el surco.

4).- Con una fresa de carburo se ubicarán los nichos que van en la cara palatina. Esto se hace con el fin de orientar la ubicación de los orificios para pins.

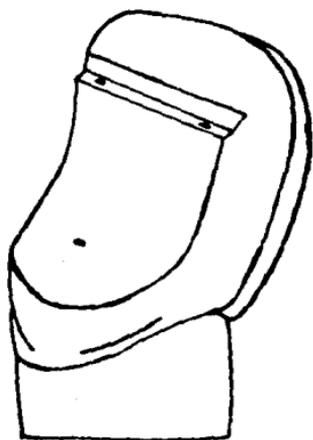
5).- Con una fresa redonda se fijarán los puntos de inserción y se biselan los nichos.

6).- Con una broca en forma de espiral, con giros lentos, se inician los orificios que tendrán una profundidad de 2 mm, aproximadamente, evitando perforar las caras late-

rales; la fresa deberá girar lentamente, moviéndola hacia arriba con el fin de evitar que se congestione.

7).- Se utiliza una fresa de cono invertido para realizar un escalón que comunique el techo proximal palatino. Se pule la preparación para evitar ángulos muertos y ralladuras ocasionadas por la fresa.

8).- Con un espejo y un explorador, cersionarse del terminado de la preparación y el paralelismo de ésta.



PREPARACION ONLAY

Las preparaciones intracoronarias MOD, DO y MO son a semejanza de las utilizadas por Black para operatoria, pero teniendo la diferencia que se desgastan las cúspides oclusales, tanto vestibulares como palatinas, formando un escalón alrededor de ésta. A esta preparación se le denomina Onlay.

Está indicada en dientes posteriores, tanto superiores como inferiores; tiene una mayor retención y resistencia cuando está bien diseñada; tiene la característica que cubre las cúspides vestibulares, palatinas o linguales para equilibrar y compensar las fuerzas funcionales de la masticación. Para su protección oclusal se usan tres tipos de terminaciones: de bisel inverso y de hombro con bisel.

Técnica de elaboración:

1).- Se inicia con la apertura de la cara oclusal con una fresa de bola, lo que sería una primera clase de Black.

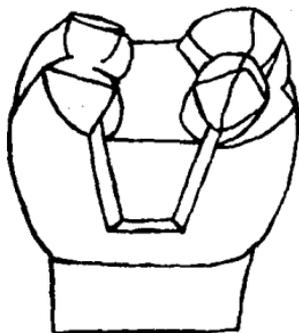
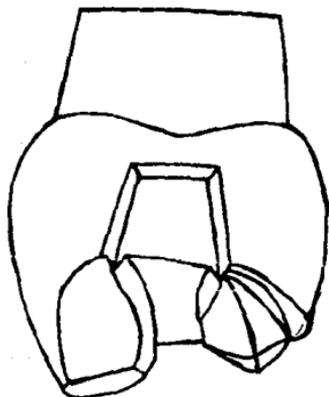
2).- Se continúa a prolongar hacia las caras proximales, lo que sería una segunda clase; las paredes deberán de ser paralelas entre sí, llevando una ligera divergencia hacia oclusal. Se tendrá el cuidado de romper siempre el punto de contacto para lograr mejor impresión, modelo y sellado. La retención y resistencia de la corona dependerá de la profundidad de los cortes de las caras proximales y el paralelismo.

3).- Se bisela y se deja soporte dentinario; si hay caries, se obtura y sobre ésta se hacen los cortes.

4).- Con una fresa de fisura, se procede a dar protección oclusal.

5).- Con una rueda de coche desgastamos las cúspides-- oclusales, siempre siguiendo la anatomía oclusal, hasta sacarlo fuera de oclusión.

6).- Se procede a hacer un hombro en la cara vestibular y lingual con una fresa cilíndrica siguiendo la anatomía de dicha cara. Se bisela el ángulo cabo superficial, -- como en todos los desgastes.



PREPARACION MUÑON.

Esta preparación puede ser empleada en todas las piezas de la boca y nos sirve para reconstruir en forma individual una pieza que ha sufrido fractura por traumatismo, destrucción por caries, mal posición dentaria o simplemente para utilizarla como soporte de un aparato protésico fijo.

La preparación consiste esencialmente en la eliminación de tejido en toda la superficie de la corona del diente. El desgaste de tejido dentario va a depender del tipo de retenedor que se requiera, ya sea corona metálica, veneer, corona funda o corona combinada.

Objetivos:

- Obtener espacio para permitir la colocación del metal en un espesor adecuado y el material estético si se requiere, para contrarrestar las fuerzas funcionales en la restauración final.

- Dejar espacio para colocar metal y material estético de un espesor adecuado, que permite la reproducción de todas las características morfológicas del diente, sin sobrepasar sus contornos originales.

- Obtener la máxima retención compatible con una entrada conveniente.

Técnica de elaboración:

Se labra en el borde incisal una gufa de profundidad -- con la finalidad de librar esta pieza de la oclusión. Se -- elabora con una fresa de diamante en forma de fisura; el -- desgaste se hace en sentido diagonal, es decir, será más -- por palatino que por vestibular.

En dientes posteriores se libera la oclusión siguiendo la anatomía del diente en la cara oclusal, con una fresa de rueda de coche o fisura.

Con una fresa de fisura recta y a la altura de la papi la interdientaria, se marca un surco de profundidad en ves tibular y con movimientos de péndulo se desvanece el resto del diente.

Se sigue el corte en las caras proximales, desvanediendo con una fresa en forma de punta de lápiz, sin lesionar las piezas contiguas.

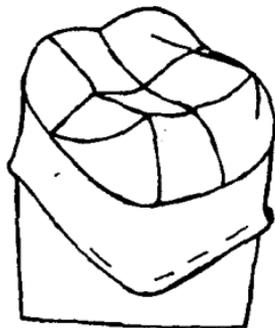
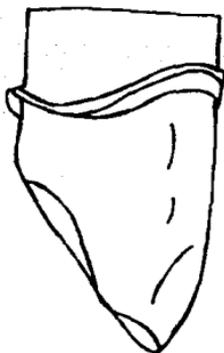
Se desgasta la cara palatina, siguiendo la forma anatómica del diente; en este paso se puede ir definiendo el margen gingival.

Con una fresa de punta redondeada troncocónica se elimina el excedente de vestibular e interproximal a la altura del margen cervical en la periferia del diente y por debajo del borde libre de la encía.

En anteriores en la cara palatina, se hace el desvanecimiento con una fresa de rueda de coche o pera, siguiendo la forma anatómica del ángulo; de igual manera, bajamos el corte en dirección cervical y realizando la terminación gingival en toda la periferia del diente. El muñon no debe ser agudo, sino ligeramente rectangular y convergente hacia incisal.

Con una fresa troncocónica se quita toda angulación de la preparación, dejándola con ángulos romos.

En una pieza cariada, primero se hacen los cortes del muñon, las impresiones, las pruebas, etc., y hasta la última cita, cuando se va a cementar la corona, se elimina el tejido carioso y se reconstruye con cemento de zoe, amalgama y finalmente se cementa la corona.



REPARACION RICHMOND Y MUÑON ESPIGADO

El diseño de estos dos tipos de preparaciones, básicamente es el mismo; se diferencian únicamente en la preparación de la corona.

En la corona Richmond es una sola pieza, y en el muñon Espigado se realiza primero el muñon con el espigo y posteriormente se cementará la corona o retenedor a utilizar.

Las lesiones pulpares son frecuentes y obedecen a las más diversas causas, pero los dientes desvitalizados pueden servir muy bien como pilares de un puente o como prótesis individual, siempre y cuando se haya realizado previamente el tratamiento endodóntico, y la eliminación de cualquier estado patológico que puede haber afectado a los tejidos -- parodontales.

En un principio, estas coronas fueron diseñadas sólo para dientes anteriores, pero se ha logrado el mismo resultado en dientes posteriores.

Técnica de elaboración:

1).- Hay que eliminar lo que quede de tejido de la corona, aunque no es necesario suprimir toda la estructura coronaria supragingival si no está debilitada o minada.

2).- Se precisa hasta donde debe llegar el espigo para conservar la proporción y mediante escariadores o fresas - peeso, se procede a desobturar el conducto. En la porción - radicular que servirá de anclaje para el espigo, es preciso eliminar la totalidad del material de obturación. Hay que - tomar en cuenta que si el conducto se talla en forma oval, se previene la rotación del espigo. Efectuada la desobtura - ción se procede a observar por medio de radiografía, la pro - fundidad lograda y basándonos en esto haremos las rectifica - ciones necesarias.

3).- Se hace un contrabisel en el contorno exterior de la cara oclusal. Este tallado da lugar a un collar de metal alrededor del perímetro oclusal de la preparación y ayuda a mantener unida la estructura dentaria remanente, previendo su fractura.

Para la elaboración del Muñon Espigo, existen dos téc - nicas o metodos que son el directo y el indirecto, de los - cuales el primero nos brinda un mayor ajuste y sellado de - la preparación.

Con los nuevos adelantos en materiales de impresión - dentro de la odontología, se ha fabricado un tipo de resina acrílica (Dura-Lay) que nos permite obtener una impresión - directa del conducto y la elaboración del muñon.

Esta técnica facilita la elaboración del muñon espigo - con mayor rapidez y exactitud, que por el método indirecto, el cual consiste en la impresión del conducto mediante ma -

teriales plásticos como pueden ser el hule de polisulfuro o el silicón, y posteriormente la fabricación del muñon es - pigo por métodos de laboratorio.

Técnica de impresión directa:

Se recorta un palillo de plástico, de modo que ajuste con holgura en el canal y que llegue hasta el fondo del trayecto ensanchado.

Se hace una pequeña muesca en la cara anterior de la - parte que sobresale y que servirá de señal de orientación - para los siguientes pasos.

Se prepara una mezcla fluida de la resina acrílica, se lubrica el canal con vaselina, se llena tanto como sea posible la boca del canal con la mezcla de la resina, se llena con la mezcla el palillo y se introduce hasta el fondo del canal, asegurándose de que entre bien y de que quede bien - cubierto el bisel exterior, ya que será más difícil después tapar el bisel sin alterar el ajuste de la espiga en el canal.

Cuando la resina empieza a polimerizar, se mueve la -- espiga de arriba a abajo para asegurarse de que no haya quedo atrapado por algún socavado del interior del canal.

Una vez que ha polimerizado la resina, se retira y se comprueba que ha llegado hasta el fondo y que la impresión-

es buena ; si tiene algún error puede rectificarse.

Se inserta la espiga, se hace una segunda mezcla y se coloca alrededor del sobresaliente de la espiga; para formar el muñon en metal.

Una vez obtenida la reproducción metálica, se coloca en la pieza y se comprueba el ajuste, asentándola en la pieza con ligera presión si se traba o no entra del todo, se quitan las retenciones y se ajusta. Una vez hecho esto, está listo para la cementación, la cual haremos con cemento de fosfato de zinc, cuya consistencia debe ser cremosa para que sea más fácil su introducción al conducto. Una vez fraguado el cemento, se talla la porción coronaria para que acepte la restauración.

El siguiente paso consiste en la toma de impresión para posteriormente hacer la corona.

CAPITULO VI

ARTICULADORES CLASIFICACION Y MONTAJE DE MODELOS.

ARTICULADORES.

El articulador es un aparato sobre el cual colocaremos nuestros modelos de yeso, articulandolos perfectamente, ya que éste trata de reproducir los movimientos mandibulares de la articulación temporomandibular.

Dichos movimientos son:

- Relación céntrica.
- Oclusión céntrica.
- Movimientos de lateralidad.
- Retrusión y Protusión.

RELACION CENTRICA.

Cuando el cóndilo se encuentra en su parte más posterior y superior sin causar molestias y con la libertad de realizar cualquier movimiento mandibular y los elementos -- que componen el aparato masticatorio están en equilibrio.

OCLUSION CENTRICA.

Máxima zona de contacto entre las piezas dentarias

MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD.

Es la reproducción del lado de trabajo y del lado de balance.

TIPOS DE ARTICULADORES.

a).- Bisagra.

Registra la apertura y cierre por lo que su uso se restringe únicamente en el laboratorio para casos sencillos.

b).- Valor Promedio.

Limitan los movimientos de apertura y cierre, movimientos de lateralidad y protusiva, este tiene valores estandarizados y fijos.

c).- Articulador Semiajustable

Este articulador nos va a reproducir sólo algunos movimientos entre ellos apertura, cierre y lateralidad.

d).- Articuladores Ajustables:

Son más sofisticados, muy completos y precisos, nos darán todos los movimientos de la articulación temporomandibular debido a los aditamentos y a los movimientos que posee, permitiendo de este modo el soporte de los modelos y realizar estos movimientos, aunque el paciente no se encuentre presente.

MONTAJE DE LOS MODELOS EN EL ARTICULADOR

1.- Se colocará primero el modelo inferior y posteriormente el superior.

2.- Se procederá a tomar una relación de mordida en cera y la colocaremos sobre el modelo inferior para poder articular el modelo.

3.- Procederemos a colocar el modelo superior, el cual deberá coincidir exactamente con su antagonista. Esto se logrará si tomamos como referencia el registro de la mordida en cera la cual se tomará en relación céntrica.

MODELOS DE ESTUDIO.

Debe de obtenerse modelos de estudio con yeso alfa o beta y además impresiones de alginato, de buena calidad, exenta de distorsiones y algunos defectos de vaciado o durante la toma de impresión.

A continuación deben de montarse, los modelos en un articulador semiajustable, con arco facial y registros oclusales de cera, una vez montados dichos modelos reciben el nombre de modelos de diagnósticos.

El examen de los modelos nos proporcionan la información como por ejemplo:

a).- Areas colapsadas de los arcos posteriores.

b).- Manifestaciones de sobre erupción de dientes más allá del plano oclusal original, cuando se extrae un diente antagonista uno o más dientes opuestos pueden seguir erupcionando, esto predispone al paciente a las interferencias oclusales pudiendo tener fasetas de desgaste anormal en capas oclusales de estos dientes.

CAPITULO VII

AJUSTE OCLUSAL

Este término se refiere a la corrección de contactos - oclusales excesivos mediante el desgaste selectivo.

El efecto real del ajuste oclusal sobre los músculos y el bienestar oclusal es apreciado por el paciente.

Un incremento de la carga oclusal produce una deformación estática del hueso alveolar, si persiste conducir a un proceso inflamatorio, además un punto alto en contacto --- oclusal perturba la actividad fisiomotora, del sistema neuro muscular, produciendo asincronías de la musculatura masticatoria.

Los signos clínicos de un trauma de la oclusión son: aumento de la movilidad dentaria, pérdida ósea y algunas lesiones parodontales, algunas de las manifestaciones más frecuentes incluyen principalmente, abscesos periodontales, - hábitos oclusales, mal oclusión, pérdida de dientes, reabsorción ósea, empaquetamiento de alimentos, contactos prematuros en céntrica, interferencias oclusales y restauraciones defectuosas.

- Contactos prematuros e interferencias oclusales.

Las consecuencias más frecuentes son; incremento del tono muscular, asincronía de la contracción muscular masticatoria, las restauraciones con morfología deformada en la cara oclusal, aunque sea una sola pueden perturbar el equi-

librio del aparato masticatorio, lo cuál puede empezar con el paso del tiempo, produciendo espasmos musculares y síntomas temporomandibulares.

- Objetivos del ajuste oclusal.

Los objetivos principales son: El mejorar las relaciones funcionales de la dentición, por lo tanto la obtención de un estímulo uniforme, de las estructuras periodontales y desgaste fisiológico de las superficies oclusales.

- Que el paciente pueda cerrar tanto en oclusión céntrica como en relación céntrica, sin puntos prematuros de contacto ni interferencias oclusales sin modificar la dimensión vertical.

- Eliminación del trauma de la oclusión, así como sus signos y síntomas.

- Obtención de un patrón oclusal ideal, antes de trabajos únicos y múltiples de restauraciones o después de un procedimiento aceptable.

- Proporcionar alivio de la molestia, el dolor y la disfunción en el área temporomandibular.

- Principio del Ajuste Oclusal.

Para considerar una oclusión funcionalmente normal, debe existir una relación dinámica entre las cúspide y sus respectivas vertientes.

Debemos de tratar una mejor distribución de las cargas oclusales para alcanzar un buen equilibrio de fuerzas, esto puede ser mediante un contorneo parejo de las superficies -

oclusales con igual angulación de todas las vertientes en ambos arcos, o hasta producir una incidencia axial de las fuerzas oclusales.

Al iniciar el ajuste hay que detectar los puntos de -- contacto lo cual lo realizaremos con papel de articular, es importante usar papel delgado para evitar falsas lecturas o marcas.

Es importante ser conservadores y no desgastar excesivamente.

Al desgastar restauraciones debemos de tener mucho cuidado en no sobrecalentar la restauración.

El desgaste del esmalte se debe hacer de modo que los prismas queden cortados transversalmente.

El desgaste con alta velocidad debe ser tomado muy en cuenta ya que puede haber un desgaste excesivo y llegar a producir pequeñas fracturas del esmalte tallado.

En la etapa final es necesario pulir las superficies - ajustadas mediante puntas abrasivas.

PROCEDIMIENTO DEL AJUSTE OCLUSAL.

Uno de los procedimientos del ajuste oclusal se divide en cuatro partes.

1.- Eliminar las superficies dentarias contactantes que interfieren en el cierre terminal de bisagra en relación céntrica.

2.- Desgaste selectivo de la estructura dentaria que interfiera en excursiones laterales.

3.- Eliminación de todas las estructuras dentarias -- posterior que interfiera en excursiones protusivas.

4.- Armonización de la gufa anterior, con frecuencia es preciso hacer esto junto con la corrección de interferencias laterales o protusivas.

Eliminación de Interferencias en Relación Céntrica.

Se dividen en dos tipos.

- 1.- Interferencias en el arco de cierre.
- 2.- Interferencias en la línea de cierre.

1.- Interferencias en el arco de cierre.

Cuando los arcos rotan sobre su eje terminal de bisagra, cada diente inferior sigue su arco de cierre siendo posible que cada cúspide y borde incisal inferior siga un arco de cierre en toda la distancia hasta la posición oclusal más cerrada sin desviación alguna de este arco.

Las interferencias primarias que desvían al cóndilo hacia adelante produce lo que comúnmente se denomina un deslizamiento anterior es: MSDI, desgaste de las vertientes mesiales en superior y desgaste de las vertientes distales en inferior.

2.- Interferencias de la línea de cierre.

Este tipo de interferencias hacen que la mandíbula se desvíe hacia la derecha o la izquierda, desde el primer -- punto de contacto en la posición más cerrada.

Las regla básica de desgaste es:

I).- Si la interferencia hace desviar a la mandíbula hacia los carrillos se desgastan las vertientes vestibulares de los dientes superiores y las vertientes linguales en dientes inferiores o ambas.

II).- Si las interferencias desvían a la mandíbula hacia la lengua, se desgastan las vertientes linguales en dientes superiores, y las vertientes vestibulares en dientes inferiores o ambas.

ELIMINACION DE INTERFERENCIAS LATERALES.

Las interferencias laterales pueden dividirse en:

I).- Interferencias del lado de balance.

II).- Interferencias del lado de trabajo.

I).- Interferencias del lado de balance.

La finalidad es eliminar todo contacto con las vertientes siempre que los dientes inferiores salgan de relación céntrica y vayan hacia la lengua.

La regla de desgaste para interferencias en vertientes del lado de balance es: VSLI, desgaste de las vertientes vestibulares en dientes superiores y desgastes de vertientes linguales en dientes inferiores.

Al ajustar excursiones laterales será necesario trabajar con vertientes de ambos lados al mismo tiempo.

II).- Interferencias del lado de trabajo.

La regla general para el desgaste en el área de trabajo es: LSVI, desgaste de vertientes linguales en dientes superiores, y desgaste de vertientes vestibulares en dientes -

inferiores o ambas.



Trayectoria
Protusiva



Desgaste con
mayor frecuencia
distal en superior



INTERFERENCIAS EN EXCURSIONES PROTUSIVAS

En las excursiones protusivas, sólo deben tocar los -
dientes anteriores, hay que buscar cuidadosamente las inter-
ferencias en protusión porque frecuentemente se pasan por -
alto.

Se elimina todo contacto posterior en protusión en --
cuanto los dientes posteriores se desplazan hacia adelante
de sus contactos de sosten en céntrica.

Esta interferencia se lleva a cabo mediante el desgase
concavo de las vertientes distales de los dientes supe -
riores y las vertientes mesiales de los dientes inferiores.

CAPITULO VIII

MATERIALES DE IMPRESION

Requisitos:

- 1.- Que permita la reproducción precisa de la zona por impresionar.
- 2.- No tenga cambios dimensionales de valor clínico.
- 3.- Que sea elástico para poder eludir retenciones y pueda resistir las fracturas.
- 4.- Fácil manipular y conservar.

Clasificación:

Los materiales de impresión más utilizados en prótesis los podemos clasificar en rígidos y elásticos:

Rígidos:

- Yesos - (piedra, de color y velmix)
 Modelinas - (alta y baja fusión).
 Pastas zinquenólicas - (compuestos de óxido de zinc y eugenol).

Elásticos:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| Hidrocoloides Irreversibles | - Alginato |
| Hidrocoloides Reversibles | - Agar-agar, pasta para duplicar. |
| Mercaptanos | - Hules de polisulfuro |
| Silicones | - Optosil, silaplast, ultrasil, etc. |

Requisitos que debe llenar el material de impresión para --
que sea óptimo:

- 1.- Exactitud.
- 2.- Elasticidad y resistencia para que no haya distorsión.
- 3.- Estabilidad dimensional.
- 4.- Escurrimiento.
- 5.- Características de fraguado.
- 6.- Vida útil.
- 7.- Compatibilidad con otros materiales.
- 8.- Aceptable para el paciente.
- 9.- Económico.

Exactitud:

Es con el objeto de poder reproducir detalles y contornos de las superficies talladas con alta precisión.

Elasticidad:

Es decir, debe tener resistencia y ausencia de distorsión, para que nos pueda reproducir con precisión zonas retentivas y por lo tanto, no deberá rasgarse ni sufrir distorsiones permanentes al retirarlo de la boca.

Estabilidad Dimensional:

Fuera de la boca, una impresión debe ser estable y carente de signos de distorsión antes de obtener el modelo positivo.

Escurrimiento:

El material a usar deberá ser de baja viscosidad para que fluya con facilidad al introducirlo en la boca, pene -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

trando en los surcos más delgados y reproducir los detalles más finos.

Características del Fraguado:

Que nos ofrezca un adecuado tiempo de trabajo, seguido por fraguado en la boca alrededor de 5 min., cosa que no sucede con los elastómeros. Su contracción de fraguado debe ser mínima.

Vida Útil:

Tener capacidad de ser almacenada antes de su uso, por lo menos un año sin distorsión.

Compatibilidad con otros Materiales:

Debe haber compatibilidad con los materiales para troqueles para poder obtener dichos modelos de trabajo.

Aceptable para el Paciente:

Que no cause molestias para el paciente ni irrite los tejidos blandos.

Económico:

Deberá ser simple en su uso y económico.

CAPITULO IX

PRUEBA Y CEMENTADO DE LA PROTESIS

Cuando se prueban los retenedores en la boca, se examinan los siguientes aspectos.

1).- El ajuste del retenedor:

Coloca el retenedor en la perspectiva preparación y se aplica presión digital.

Al hacer esto se examinan los márgenes y cuando se aflojan la presión, al abrir la boca el paciente se observará - que no haya ningún movimiento del retenedor, de haberlo serepetirá el colado.

2).- Contorno:

Se vigila el contorno que está en contacto con los tejidos gingivales, cuando el contorno rebasa el tamaño normal se notará una isquemia al momento de empujarlo a su posición correcta. Por lo contrario cuando tiene un defecto sólo se notará con mucho cuidado y conociendo la anatomía del diente.

3).- Relación del contacto proximal:

Para saber si ha quedado correcto se utilizará un trozo de hilo dental que se hará pasar a través del punto de contacto partiendo de la parte oclusal. El hilo debe pasar fácilmente sin que quede demasiado separado y es útil comparar el efecto que hace el hilo con otros contactos proximales en partes distintas de la boca.

4).- Relaciones oclusales:

Se examinan en oclusión céntrica, excursiones laterales derecha e izquierda y en relación céntrica.

Se empieza en oclusión céntrica y se notará visualmente cuando hay algún punto alto, con papel de articular se localizará y se desvastará hasta quedar normal. Se prueba también con una hoja de cera blanda del # 28, ajustandola a las caras oclusales haciendo que el paciente cierre, se notará si todavía hay un punto alto porque la cera se perforará en dicho punto y no en otro.

5).- La relación de los dientes de anclaje comparada con su relación en el modelo del laboratorio:

Para poder llevar a cabo estas pruebas se deben retirar las prótesis provisionales, se aísla la zona y se limpian las preparaciones para que no quede ningún residuo de cemento.

CEMENTACION

Puede ser un procedimiento interino ó temporal para un periodo de prueba inicial, después del cual se cementa definitivamente. Sin embargo en la mayoría de los casos se hace la cementación definitiva, después de haberlo probado en la boca.

Los factores más importantes de la cementación definitiva se numeran de la siguiente manera:

1).- Control del dolor.

La fijación del puente, con cemento de fosfato de zinc, puede acompañarse de dolor considerable y en muchos casos - hay que usar la anestesia local.

2).- Preparación de la boca y mantenimiento del campo preoperatorio durante el proceso de cementación:

A los pacientes con saliva muy viscosa se les hace enjuagar la boca con bicarbonato de sodio antes de hacer la - preparación de la boca. La zona donde va el puente se aísla con rollos de algodón, se coloca un eyector de saliva.

3).- Preparación de los pilares:

Hay que secar minuciosamente la superficie del diente-anclaje con algodón. La aplicación de barniz en el diente, inmediatamente antes de cementar, tiene un efecto favorable, disminuyendo la reacción de la pulpa, si no se ha aplicado anestesia.

4).- Preparación del cemento:

La técnica exacta para mezclar el cemento varia con los diferentes productos y de un operador a otro. Lo importante es usar un procedimiento standar en el que se puede controlar la proporción del polvo y del líquido y el tiempo requerido para hacer la mezcla.

5).- Ajuste del puente:

El puente se prepara para la cementación barnizando las superficies externas de los retenedores. Así se evitará que el exceso de cemento se adhiera al puente y se evitará la operación de quitarlo una vez fraguado. El puente se coloca en posición y se asienta con presión de los dedos.

6).- Remoción del exceso de cemento:

Cuando el cemento se ha fraguado se retira el exceso. Hay que prestar atención especial en retirar todo el exceso de cemento de las zonas gingivales e interproximales. Las partículas pequeñas de cemento que quedan en el surco gingival son causa de reacción inflamatoria. La hendidura gingival se explora cuidadosamente con sondas apropiadas. Se pasa el hilo dental por las regiones interproximales para desalojar el cemento.

7).- Instrucciones al paciente:

Se le demuestra al paciente el uso del hilo dental para limpiar las zonas del puente de más difícil acceso. Durante los días subsiguientes a la cementación del puente, se pueden notar ciertas incomodidades:

Los dientes pilares pueden quedar sensibles a los cambios térmicos de la boca. Se recomienda al paciente que evite temperaturas extremas en los días inmediatamente subsiguientes a la cementación de la prótesis.

Se le expone al paciente que las carillas son frágiles y que no debe morder objetos duros, que la salud de los tejidos circundantes depende de su cuidado diario, que el puente se debe inspeccionar a intervalos regulares, y que habrá que ajustarlo de vez en cuando y que si se presentan síntomas extraños en cualquier ocasión, recurra lo antes posible con el odontólogo.

CONCLUSIONES.

- La prótesis dental es una de las opciones con que el odontólogo cuenta para devolver al paciente la funcionabilidad y estética del aparato masticatorio.

- Si contamos con el apoyo de las demás especialidades de la odontología, se puede lograr un éxito del tratamiento, que se traduce en un estado de salud y confort para el paciente.

- Un paso importante en el desarrollo de la prótesis dental, consistirá primordialmente en la realización de una buena Historia Clínica, donde el paciente nos proporcionará datos de utilidad para elaborar un buen diagnóstico y plan de tratamiento.

- Todo dentista debe actualizar sus conocimientos periódicamente, a fin de dominar estos métodos de tratamiento, para que él sienta más seguridad en sí mismo y haga una más valiosa aportación a la comunidad, y a la vez le dé al paciente la confianza de ser tratado por un profesional ampliamente competente.

- Por lo tanto, para que una restauración muestre todas sus ventajas, es preciso hacer un tallado impecable, planeado racionalmente.

- El objetivo final de la rehabilitación por medio de prótesis fija, está basado en la durabilidad y cualidad de la prótesis de mantenerse en función y al mismo tiempo, preservar la salud del sistema masticatorio.

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

- 1.- Práctica Moderna de Prótesis de Coronas y Puentes.- Johnston.- Ed. Mundi.- Buenos Aires.- 1979.
- 2.- Tallado de Coronas.- Herbert T. Shillingburg.- Edit. Quintessence Books. Berlín 1976.
- 3.- Prótesis Fija.- Ed. Médica Panamericana.- Argentina, 1979.
- 4.- Ramfjord, Ash.- Oclusión.- Editorial Interamericana.- México, 1984.
- 5.- Prótesis de Coronas y Puentes.- George E. Myers.- Ed. Labor, S.A.- 1981.
- 6.- Problemas Oclusales, Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento, Editorial Mundi, Argentina.- Peter E. Dawson.
- 7.- Oclusión Principios y Conceptos.- Jose Do Santos.- Edit. Mundi, Paraguay. Año 1987.
- 8.- Métodos Clínicos.- Dr. H. Kenneth Walker. Edit. Interamericana, México 1982. 2da. edición.
- 9.- Elaboración de la Historia Clínica.- Carol. A. Seymour. Editorial El Manual Moderno, México, 1980.
- 10.- Prótesis Fija.- Keith E Thayer. Ed. Mundi.- Buenos Aires. Argentina. 1987.