UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PREPARACION DE CORONAS

MERCEDES EUGENIA PINZON RODRIGUEZ

México, D.F. 1975

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

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PREPARACION DE CORONAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

MERCEDES EUGENIA PINZON RODRIGUEZ

México, D. F. 1975

A QUIENES CON SU AMOR Y SACRIFICIO

DESPERTARON EN MI EL AFAN DE SUPERACION

GRACIAS PADRES

SR. ING. JOSE LUIS PINZON MENDIZABAL

Y

SRA. DORA R. DE PINZON

A MIS HERMANOS

DORA Y JOSE LUIS

A MIS ADORABLES ABUELITAS:

SRA. MERCEDES M. VDA. DE PINZON

SRA. DOLORES T. VDA. DE RODRIGUEZ

A MIS TIOS Y PRIMOS

CON CARIÑO

AL DR. FERNANDO VICTOR LARA BRAUN

CON ESTIMACION Y AGRADECIMIENTO

POR SU VALIOSA AYUDA Y ORIENTACION

DURANTE LA CARRERA Y EN LA REALIZA

CION DE ESTE TRABAJO.

AL DR. ROBERTO ALTAMIRA GONZALEZ

POR SU AYUDA EN ESTA TESIS

A MI QUERIDA ESCUELA, MAESTROS,

COMPAÑEROS Y AMIGOS,

UN RECUERDO DE GRATITUD

AL HONORABLE JURADO

S U M A R I O

I .- INTRODUCCION

II .- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

a) HISTORIA CLINICA

b) MODELOS DE ESTUDIO

c) ESTUDIO RADIOGRAFICO

d) OBTENCION DEL PARALELISMO EN LOS MO - DELOS DE ESTUDIO Y LINEA DE INSERCION

e) INSTRUMENTAL

III .- PREPARACION DE DIFERENTES TIPOS DE CORONAS

a) CORONAS COMPLETAS; COMBINADAS Y TOTALES

b) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

c) CORONAS PARCIALES

d) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

IV .- PREPARACIONES EN DIENTES CON TRATAMIENTO - DE CONDUCTOS

a) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

V .- RELACIONES OCLUSALES

VI .- TOMA DE IMPRESION

VII .- CONCLUSIONES

VIII .- BIBLIOGRAFIA

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

El propósito de este trabajo, es explicar los procedimientos que se deben realizar para la prepara - ción de coronas, ya sean totales, combinadas o parcia- les, siguiendo las técnicas más sencillas y eficaces - para llevar con éxito el tratamiento.

Y, para coronar este éxito, se deben de estu diar las posibilidades y llegar a un diagnóstico ade - cuado, siguiendo con cuidado todos los pasos de la His toria Clínica, Médica y Dental.

DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO:

El plan de tratamiento se puede realizar después de elaborar una historia clínica, médica y dental, empleando todos los métodos y técnicas que demande el caso particularmente respaldado de estudio radiográfico, modelos de estudio o sean todos los puntos enumerados en la historia clínica.

Antes de hacer la preparación se decidirá cual es el tipo de corona que corresponde mejor al caso.

Es muy importante explicarle las razones al paciente, del tipo de preparación que se le ha escogido para su caso y así conseguir su conformidad.

DIAGNOSTICO

Es la conclusión a que se ha llegado para realizar un correcto tratamiento.

a) Historia Clínica

La Historia Clínica es una recolección de datos necesarios para efectuar el tratamiento y diagnóstico adecuado.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre

Dirección

Teléfono

Edad

Ocupación

Estado Civil

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Aparato Circulatorio

Aparato Digestivo

Aparato Respiratorio

Aparato Urinario ;

Sistema Nervioso

HISTORIA DENTAL

Examen de los tejidos blandos.

Examen de los tejidos duros.

Higiene Dental.

Dientes Obturados.

Dientes con Caries.

Propensión a la Caries.

Dientes Girovertidos.

Dientes con Prótesis.

Antecedentes Protésicos.

Movilidad.

Oclusión.

Articulación Temporo-mandibular.

Examen y Diagnóstico de Dientes con Tratamiento de Conductos.

Examen y Diagnóstico de los Modelos de Estudio.

Estudio Radiográfico.

Plan de Tratamiento.

b) Modelos de Estudio

Los Modelos de Estudio son un valioso medio de diagnóstico y de gran utilidad para la obtención de las Curvas de Spee, Wilson y Monson.

Se toman impresiones completas del maxilar y mandíbula, con el material que más le acomode al operador, siendo los más aconsejables los Hidrocoloides Reversibles e Irreversibles, se corren con yeso piedra. Sobre estos modelos no es aconsejable hacer desgastes, para evitar alteraciones al modelo.

Se deben obtener duplicados para los diversos pasos técnicos.

c) Estudio Radiográfico

Se deben tomar radiografías de los dientes que nos servirán como dientes pilares, de las zonas desdentadas y de sus antagonistas.

En esta fase del tratamiento las radiografías proporcionan información sobre la altura --

del hueso alveolar, la longitud, número y tamaño de las raíces de los dientes y la proporción corona-raíz que se considera de acuerdo con la extensión del soporte paradontal, restos radiculares y topografía pulpar.

d) Obtención del paralelismo en los Modelos de Estudio y Línea de Inserción.

El objeto de obtener el paralelismo en el modelo de estudio es para saber hasta que zona se debe desgastar un diente para que exista una línea de entrada de la prótesis y, al colocar esta prótesis en la boca, las fuerzas de masticación se distribuyan correctamente.

Se obtiene montando el modelo de estudio en el paralelómetro que va a servir para determinar la dirección de los dientes pilares y la línea de inserción de la prótesis.

La dirección del eje mayor de cada pilar se toma en el plano mesiodistal y se marca en la ba

se del modelo de estudio. En el plano vestíbulo - lingual se sigue un procedimiento similar y con las dos líneas se obtiene una bisectríz en cada pilar, que nos va a servir - para desgastar los dientes quedando paralelas entre sí y con la línea de entrada de la prótesis.

e) Instrumental

Para realizar una buena preparación - de coronas, es necesario contar con el material adecuado.

Para el desgaste de los tejidos duros o sean los dientes, se usan instrumentos cortantes o abrasivos rotatorios, tales como -- fresas de diamante, fresas de carburo, las - de carborundum o piedras y discos de papel o lija, piedras de Arkansas.

Para las terminaciones gingivales se- usan las fresas de punta de lápiz, la 701 L, 700 L, 250 7 P, de punta roma.

Cualquier operación de desgaste en la que se utilicen piedras o altas velocidades, es indispensable realizarlas bajo lubrica -- ción y refrigeración.

El aire y el agua puede utilizarse - como refrigerante y como lubricante.

CORONAS COMPLETAS COMBINADAS

La corona completa combinada, es una corona completa, vaciada con carilla estética al frente, esta carilla puede ser de porcelana o de resina sintética.

Estas coronas se emplean en los dientes anteriores, aunque también se pueden usar en los posteriores.

PREPARACIONES EN DIENTES ANTERIORES

Existe poca diferencia entre la preparación de un diente destinado a una corona con frente de porcelana y una con frente de acrílico o resina sintética.

Debe practicarse un hombro gingival en la superficie vestibular y terminarse cervicalmente por lingual con un bisel. Si el material estético es de porcelana fundida directamente sobre la corona y se pretende dejar el borde libre de porcelana, la preparación debe ser-

un poco más corta en sentido axial y redondeada desde la mitad de vestíbulo hasta palatino, para asegurar espacio suficiente para el material estético.

La preparación más sencilla es una variación de la técnica del Dr. Miller que se hace con una -- fresa redonda.

Procedimiento:

Se desgasta el borde incisal, con una fresa de fisura de diamante con la turbina de alta velocidad paralela al borde incisal del diente, se desgasta 2, a 3 milímetros.

Con una fresa redonda de carburo del número cuatro se marca en el márgen gingival, del ángulo mesial a ángulo distal en las caras labial y lingual, esta marca es con el fin de obtener una profundidad controlada. Esta fresa debe ser paralela a la linea de inserción. Se desvanece rebajando con una fresa larga troncocónica de diamante paralela a la linea de inserción en la cara labial y, en la cara lingual con una fresa en forma de -

llanta o de pan de azúcar, para darle la concavidad de - la superficie siguiendo la forma de diente.

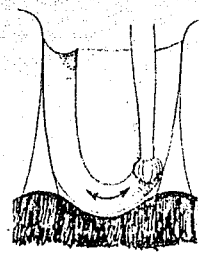
Se rebajan las caras proximales con una - fresa larga troncocónica de diamante delgada, siguiendo- el contorno del diente.

Se termina la preparación con una fresa - de diamante troncocónica de punta roma.

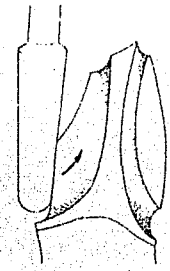
Se biselan y se redondean todos los ángu- los.

La terminación gingival.- Se hace por abajo del margen - gingival. El hombro vestibular se hace con una fresa tron cocónica o con una piedra cilíndrica. Este hombro debe - llegar hasta el área inter-proximal, tiene que tener un- mismo espesor que la fresa que se está usando. En lingual se termina en forma de bisel, debe conectar las partes - mesiales y distales del hombro, al mismo tiempo que re - dondear el ángulo lingual.

VARIACION DE LA TECNICA DEL DR. JOHN MILLER



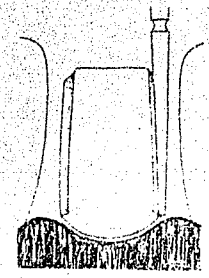
Con una fresa redonda de carburo se marca el margen gingival en - las caras labial y lingual con - el fin de obtener una profundi-- dad controlada.



Vista Proximal

Con una fresa larca troncocónica de diamante se desvanece el es-- malte.

En la cara lingual se desvanece- con una fresa en forma de llanta o de pan de azúcar para darle la concavidad de la superficie del- diente.



Se desgastan las caras proxima-- les del diente siguiendo el con- torno del diente.

Otra técnica de coronas combinadas en dientes anteriores:

Todas las fresas que hacen desgastes deben ser paralelas a la linea de inserción.

Se desgasta el borde incisal con una fresa de diamante en forma de rueda de coche, hasta la mitad del tercio incisal.

Se hace una marca de medio milímetro en el centro de la cara labial, con una fresa de diamante cilíndrica de punta roma, esta marca es con el fin de obtener una profundidad controlada.

Se desgasta la cara labial con la misma fresa con que se hizo la marca del centro hacia la cara proximal, se termina de desgastar dejando una inclinación en tercio incisal en sentido labio lingual, con el fin de mantener la estética. Lo mismo se hace en lingual pero en el tercio incisal se desgasta con una fresa en forma de huso siguiendo la anatomía del diente.

Se desgastan las caras mesial y distal - con una fresa troncocónica.

Se termina la preparación con una fresa - de diamante troncocónica de punta roma dejando una terminación gingival uniforme.

Se bisela toda la terminación gingival - con una fresa de diamante en forma de flama.

También se bisela toda la terminación redondeando todos los ángulos.

Otra técnica de coronas combinadas en dientes anteriores.

Todas las fresas que hacen desgastes deben - ser paralelas a la linea de inserción.

El borde incisal del diente se desgasta con- una fresa de rueda de coche, de diamante, se adelgaza de mesial a distal dos o tres milímetros.

Con una fresa larga troncocónica de diamante se desgasta la cara labial.

En la cara lingual se desgasta con una fresa de barril o de pan de azúcar con la fresa igual que la - cara labial.

En las caras proximales se desgastan con una fresa larga troncocónica fina.

El margen gingival se hace con una fresa larga troncocónica de punta roma por debajo del margen gingival se biselan y se redondean todos los ángulos de la- preparación.

CORONAS COMPLETAS TOTALES

La corona completa total o corona colada de metal, es una corona completa de metal sin carilla estética.

Esta corona se puede hacer en todos los dientes, pero las exigencias estéticas limitan su aplicación en los dientes posteriores.

PREPARACION EN DIENTES POSTERIORES

Como en los dientes anteriores, la preparación más sencilla a seguir es la de la fresa redonda, que es una variación de la técnica del Dr. John Miller.

Se desgasta la cara oclusal con una fresa de barril, llanta, o de fisura de carburo o de diamante, paralelas a las cúspides bucal y lingual. Se desgasta uno, a uno y medio milímetros aproximadamente, siguiendo el contorno de las cúspides.

Con una fresa redonda de carburo del número seis, paralela a la línea de inserción del diente,

se marcan las caras bucal y palatino. Se inicia del ángulo mesial al ángulo distal.

En Dientes Inferiores:

En las caras bucal y palatino se hacen uno o dos surcos paralela a la linea de inserción del diente -- con una fresa de fisura, estos surcos deben ser de la misma profundidad que las marcas que se hicieron con la fresa redonda.

Los surcos en la cara lingual se hacen igual que en la cara labial en sentido ocluso-gingival.

En la cara bucal cada surco tiene dos direcciones: uno paralelo a ocluso gingival y el otro paralelo a ocluso bucal siguiendo la anatomía del diente.

En Dientes Superiores:

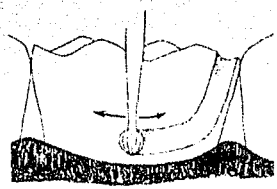
En las caras bucal y vestibular los surcos - se hacen siguiendo la anatomía del diente paralelas a -- ocluso-gingival.

Con una fresa larga troncocónica se desvanece el esmalte de la superficie del diente. En los dientes superiores con la fresa apoyada en el surco lingual paralela a ocluso gingival, de mesial a distal hasta que se desvanezca el esmalte de los surcos lingual y vestibular, con la misma fresa en la cara bucal se desvanece el esmalte igual que en vestibular siguiendo la anatomía del diente.

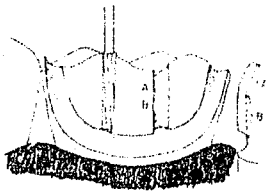
Se termina la preparación por abajo del margen cervical con una fresa larga troncocónica de diamante de punta roma. La terminación es en forma de bisel.

Se biselan y se redondean todos los angulos de la preparación, con una fresa de flama.

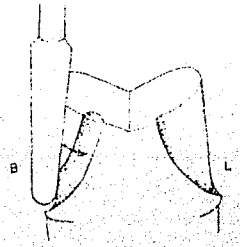
VARIACION DE LA TECNICA DEL DR. JOHN MILLER



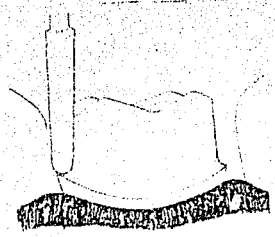
Se marca con una fresa redonda de carburo las caras bucal y palatino.
Se inicia del ángulo mesial al ángulo distal.



En las capas bucal y palatino se hacen uno o dos surcos con una fresa de fisura.



Vista proximal cón una fresa larga troncocónica o de diamante, se desvanece el esmalte de la superficie del diente.



Se termina la preparación por abajo del margen cervical con una fresa larga troncónica de diamante de punta roma.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN CORONAS COMPLETAS; COMBINADAS Y TOTALES

Indicaciones:

1.- Cuando un diente tiene una gran destrucción de caries.

2.- Cuando han fracasado restauraciones extensas en un diente.

3.- Cuando hay un diente descolorado y no se puede remediar por blanqueamiento o por fluorosis dental, también para dientes deformados por anomalías en el desarrollo.

4.- Cuando existe abrasión del esmalte.

5.- Cuando existen fracturas coronarias.

6.- Cuando existe la posición anormal de algún diente y no puede ser corregido por medios ortodónticos.

7.- Como diente pilar especialmente si se trata de una prótesis de gran extensión.

Contraindicaciones:

1.- Cuando el diente puede conservar una obturación o una corona parcial.

2.- Trastornos paradontales, cuando existe mucha movilidad y como consecuencia pérdida de hueso.

3.- Dientes con raíz enana.

4.- En pacientes jóvenes con dientes libres de caries y sin alteraciones previas, por la irritación que se produce a la pulpa, a consecuencia de la permeabilidad de los canalículos dentarios.

CORONAS PARCIALES

Esta clase de coronas se usa en dientes anteriores y posteriores. En los dientes anteriores y en los dientes posteriores, la preparación puede incluir las caras incisal, lingual, mesial y distal.

La retención se consigue por medio de rieleras, cajas proximales y espigas.

En estas coronas la cara labial está intacta y en buenas condiciones estéticas.

Hay que obtener toda la información acerca del estado del diente en cuanto a caries, restauraciones previas, traumatismos y topografía pulpar. Dependiendo de estas modificaciones, se escogerá la retención que sea apropiada.

PREPARACION DE CORONAS PARCIALES EN DIENTES ANTERIORES CON RETENCION DE RIELERAS

La retención de rieleras se usa cuando el dien

te tiene poca caries, en diente pilares o como corona -- parcial.

Se pueden hacer dos ó tres rieleras según el - caso. Se hacen dos rieleras proximales cuando el borde incisal es muy delgado.

Preparación:

Se bisela el borde incisal desde el margen vestibular 45° con respecto al eje longitudinal del diente, - con esto se consigue un borde incisal fuerte y el diente- queda de suficiente espesor en el borde vestibular para - evitar que se transparente el oro en la zona incisal del- diente, esto se hace con una fresa de diamante troncocóni ca larga.

Se desvanece la cara lingual con una fresa de- barril o de pan de azúcar con la fresa paralela a la li - nea de inserción del diente, igual se hace en las caras - proximales.

La rielera incisal se hace en la unión de los-

tercios medio y lingual del bisel incisal con una fresa - de cono invertido pequeño o de lenteja.

Las rieleras proximales empiezan en los extremos proximales de la rielera incisal. Su dirección se establece de acuerdo con la linea de inserción de la prótesis, esto se hace con una fresa de carburo cilíndrica, la rielera debe terminar en la parte cervical del diente.

La terminación gingival se hace por abajo del margen gingival en forma de bisel, y se hace con una fresa larga troncocónica de diamante.

Se alisan los ángulos y se bisela con un disco de carborundum.

PREPARACION DE CORONAS PARCIALES EN DIENTES ANTERIORES CON RETENCION DE ESPIGAS

Esta retención de espigas se usa casi siempre en dientes sanos, porque destruye muy poco tejido dentinario con una máxima retención. Las espigas pueden ser paralelas o no paralelas, horizontales y verticales.

Preparación:

Se desvanece la cara lingual con una fresa de barril, paralela al eje longitudinal del diente, se desgasta solo esmalte casi nunca dentina.

La preparación puede incluir las caras proximales, una o las dos o ninguna.

El ángulo de este corte debe ser amplio, mayor que en las coronas parciales con retención de rieleras, se desgasta con una fresa larga troncocónica de diamante, paralela al eje longitudinal del diente. Se desgasta la cresta incisal con la misma fresa igual que en el cíngulo o tubérculo lingual.

CON ESPIGAS PARALELAS VERTICALES

Con estas espigas debemos emplear el paralelómetro, para permitir que todas las espigas tengan un mismo patrón de inserción y para poder controlar la fuerza, posición y la palanca en la boca y el movimiento en determinados momentos del paciente.

Para tener una profundidad calibrada, para que a la hora de estar trabajando no penetremos más, y para obtener un soporte que pueda ser controlado, se usan los driles con un tope permitido por el paralelómetro. El dril viene siendo una fresa de baja velocidad.

Trataremos de marcar en el diente donde vamos a hacer las espigas, con lápiz, no importa que estemos trabajando en la boca.

Para tener precisión en los canales, es muy importante que la penetración sea una sola vez en un solo sentido y tratar de que sea rápidamente obtenida para no modificar las superficies internas.

Se bisela toda la cara lingual y se redondean los ángulos. Las espigas son de tamaño estandar para -- evitar movimientos o errores por la falta de conocimien tos en las dimensiones y profundidades.

ESPIGAS PARALELAS HORIZONTALES

Cuando trabajamos con este tipo de espigas, - siempre tendremos que seguir modelos de transferencia - para poder trabajar con ellas, ya que es muy difícil ha cer encerados en modelo en boca, esta técnica casi siem pre se usa en dientes inferiores.

Se calcula la altura de la cámara pulpar por-- medio del estudio radiográfico, se desgasta la cara lin gual, perforamos el diente en forma paralela con la ayu da del Ponto Structor. Esta perforación la haremos por- la cara vestibular, previamente hechas unas muecas para facilitar la penetración de nuestro drill y será de la- cara labial a la lingual siguiendo nuestro patrón de in serción.

En la cara lingual por donde sale nuestro -- drill, se hace un pequeño nicho que va a facilitar la impresión.

ESPIGAS HORIZONTALES NO PARALELAS

Esta técnica es recomendable para dientes anteriores inferiores y cuando la pérdida de hueso es muy -- grande y no dan soporte para usar los dientes en forma individual, entonces se carga la fuerza de masticación a -- los dientes contiguos que tienen suficiente resistencia - para el soporte de dichas fuerzas.

La técnica de Slint Mate Atachement es una técnica de espigas no paralelas.

El primer paso es localizar por medio radiográfico el tamaño de la cámara pulpar, la altura de los cuernos y el borde incisal de la pulpa.

Una vez localizada la altura del borde incisal hacemos marcas con lápiz en la parte vestibular, para tener la zona de inserción de la perforación, eliminamos --

las crestas marginales formadas por el cíngulo de tubérculos proximales, palatino y medio vestibular, una vez - desgastado esto, llevaremos a cabo la perforación del esmalte con una fresa de diamante muy fina y posteriormente perforamos el diente perpendicular al mismo.

Esto se hará con un drill, de acuerdo a las - dimensiones exactas.

Colocamos las piezas metálicas para la toma de impresión, que son pernos de una longitud mayor a la necesaria, debido a que deben salir por vestibular y palatino.

PREPARACION DE CORONAS PARCIALES
EN DIENTES POSTERIORES

En dientes posteriores se usan dos clases de - retenciones, tanto para los superiores como para los inferiores, una es con retención de caja y la otra es con retención de rielera; pudiendo haber algunas modificaciones debido a caries, fracturas, obturaciones, etc. Tratando - de conservar la cara vestibular intacta en dientes superiores y conservando la cara lingual en inferiores, para- una mejor estética.

PREPARACION DE CORONA PARCIAL EN DIENTES
POSTERIORES CON RETENCION DE CAJA

Esta preparación es como la preparación para - una incrustación mesio, ocluso, distal con las caras palatina y oclusal talladas.

Se desgasta la cara palatina en los superiores y vestibular en inferiores, con una fresa larga de diamante troncocónica, paralela al eje longitudinal del diente.

A continuación, se desgastan las caras proximales y la - cara oclusal con la misma fresa, desgastando lo suficiente para permitir más o menos un milímetro de metal en la restauración.

Se desvanecen la cúspide palatina en superiores o vestibular en inferiores, con la misma fresa.

Se tallan las cajas proximales, estas cajas - se hacen con una fresa de carburo cilíndrica, paralela - al eje longitudinal del diente. Se biselan y se redon -- dean los ángulos y se alisan con un disco de carborundum.

La terminación del margen gingival se hace -- por abajo del margen cervical, biselando el límite cervical de las cajas proximales y el resto de la preparación en forma de bisel.

CORONA PARCIAL EN DIENTES POSTERIORES

CON RETENCION DE RIELERA

Esta preparación es casi igual a la prepara - ción con retención de cajas proximales que se sustituyen- por rieleras proximales, que se conectan en la cara oclu- sal por otro surco.

Esta preparación se usa cuando hay poca caries, destruyendo menos tejido dentinario con la retención de - rielera.

Preparación:

Se siguen los mismos pasos que en la prepara - ción de la corona parcial con retención de cajas proxima- les, lo único que lo modifica es que en lugar de hacer ca- jas se hacen rieleras proximales, que se tallan con una - fresa de carburo cilíndrica, paralela al eje longitudinal del diente; llegando hasta medio milímetro de la linea -- cervical. El ancho de la rielera puede ser de uno o dos - milímetros según el caso.

Las rieleras proximales se unen a la rielera oclusal. Esta rielera oclusal no es necesario que llegue hasta dentina, se puede unir con una fresa pequeña en forma de lenteja y debe ser del mismo ancho que las rieleras proximales.

La terminación se hace por abajo del margen cervical en bisel.

Se bisela y se redondean todos los ángulos con un disco de carborumdum.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE CORONAS PARCIALES

Indicaciones:

1.- Cuando la caries ha destruído varias superficies del diente.

2.- Cuando preserva la estética de la cara labial o vestibular.

3.- Como retenedor de una prótesis.

4.- Se destruye menos tejido dentinario.

5.- Cuando existe enfermedad paradontal, trae pérdida del soporte y aumento de tamaño de las coronas clínicas.

Contraindicaciones:

1.- No debe hacerse en dientes anteriores cuyas coronas clínicas sean muy cortas. A no ser que se asegure con una retención adicional.

2.- En incisivos con las paredes coronales muy inclinadas.

DIENTES CON TRATAMIENTO DE CONDUCTOS

En dientes con tratamiento de conductos, que - su corona clínica está muy destruída debido a caries, -- fracturas o a traumas de la oclusión, se pondría un poste o retenedor intracoronal o espigo metálicos. Quedando una corona colada con muñón y poste metálico.

Si todavía hay restos de la corona natural, - conviene conservarlos, y se trata como si fuera tejido - dentinario cuando se hace la preparación para el muñón.

Si en la corona clínica la encía cubre los restos del diente, lo primero es eliminar todo el tejido hipertrofiado con bisturí.

PREPARACION PARA DIENTES CON POSTE METALICO

Ya terminado y obturado el conducto o conductos, se prosigue con la preparación para el poste metálico.

La fresa larga troncocónica de diamante, la - comparamos con el conducto en nuestra radiografía, de tal modo que al introducir la fresa en el conducto, quede obturado solamente una tercera parte de la raiz.

Es aconsejable hacerlo de un solo intento, para evitar pasarnos o deformar la superficie interna del - conducto.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN DIENTES CON POSTE METALICO

Indicaciones:

1.- En dientes desvitalizados.

2.- Cuando la corona clínica está muy destruída.

3.- Reemplaza las coronas de incisivos, caninos, premolares y molares.

4.- Como anclaje de una prótesis.

5.- Como restaurador individual.

Contraindicaciones:

1.- Cuando la raíz no se presta para recibir un poste metálico.

RELACIONES OCLUSALES

La capacidad funcional óptima y la estabilidad de las relaciones oclusales, son los objetivos principales de la odontología restauradora.

Antes de iniciar procedimientos restauradores, se debe determinar si las relaciones oclusales del paciente son adecuadas y merecen ser conservadas en las restauraciones. En caso de que no sean adecuadas, hay que eliminar las interferencias oclusales por medio de un ajuste oclusal antes de los procedimientos restauradores, para poder establecer óptimas relaciones funcionales.

Los modelos de estudio adecuadamente montados en un articulador ajustable constituyen un auxiliar importante en el análisis de las relaciones funcionales oclusales.

El articulador ajustable, reproduce la oclusión céntrica y los movimientos y trayectorias mandibulares.

TOMA DE IMPRESION

Lo primero para realizar una buena impresión, es poseer portaimpresiones o cucharillas, o cubetas totales y parciales, metálicos o de plástico comerciales, o con cubetas, o portaimpresiones individuales de acrílico de polimerización rápida, adecuada a cada paciente, capaces de reproducir todos los detalles, la impresión debe ser fiel y exacta.

Luego se elegirá el material que más le acomode al odontólogo, siguiendo las instrucciones de cada material.

CLASIFICACION DE LOS MATERIALES DE IMPRESION

A los materiales de impresión se les clasifica de acuerdo a su consistencia en:

1.- Materiales rígidos.

a) yeso

b) pastas zinquenólicas.

II.- Materiales semirígidos.

a) ceras.

b) modelinas.

III.- Materiales elásticos.

a) Hidrocoloide: reversible e irreversible.

b) Elastómeros: hules y silicón.

También se les puede clasificar tomando en cuenta la manera en que endurecen. Así tenemos materiales que cristalizan, que gelan o gelifican y que polimerizan.

Otra manera de clasificar es de acuerdo al tipo de reacción que en ellos se lleva a cabo y que puede ser- física o química.

La diferencia entre estos dos tipos de reacción es que en la reacción física existe una alteración en la- forma física del material dada por agentes físicos como - el frío y el calor.

Y, en la reacción química, es aquella en que -- los materiales o compuestos sufren cambios en la estructura molecular.

A) Materiales que trabajan bajo reacción física.

1.- ceras.

2.- modelina.

3.- agar- agar.

B) Materiales que trabajan bajo reacción química.

1.- Yeso.

2.- Pastas Zinquenólicas.

3.- Hidrocoloides irreversibles.

4.- Elastómeros.

RETRACCION GINGIVAL

Para que exista un buen ajuste de las coronas, debe existir una buena impresión, fiel sobre todo en el - márgen gingival, para eso debe retraerse el tejido gingival para que el material pueda penetrar con libertad en - esa zona.

Para la retracción del tejido gingival, el más efectivo es el método quirúrgico por medio del bisturí -- eléctrico, pues al mismo tiempo que incide, se van cauterizando los tejidos y se evitan así sangrados abundantes- e innecesarios; este método, además tiene la ventaja de - dejar formas anatómicas correctas en el área donde se está trabajando. Es de gran ayuda sobre todo, cuando exis - ten bolsas paradontales o presencia de tártaro dentario.

Los métodos químico y mecánico se han ido desechando poco a poco por sus contraindicaciones. Como en el método químico por medio del hilo desmercerizado, empapado en una solución vaso - constrictor alrededor del --

diente, se deja cinco minutos, hasta que los tejidos absorben la solución presentando una zona izquémica y necrosis de los tejidos.

El mecánico se ha ido también desechando por ser lento. Consiste en llenar una corona de metal con gutapercha, se lleva al diente y se presiona dejándola 24 horas en su sitio, pasadas las cuales, el tejido gingival sufre una retracción mecánica, por la presión que ejerce la corona sobre esta zona.

TECNICA DE DOBLE IMPRESION CON SILICON.

Se prepara la boca del paciente quitando la tensión superficial con una substancia astringente y secando el área por impresionar, se mezcla silicón de cuerpo ligero y se carga en una jeringa que coloca el material en los dientes por impresionar, se mezcla silicón de cuerpo pesado y se lleva a la cucharilla poniéndolo inmediatamente en la boca presionándolo, ya polimerizado se retira la impresión.

TECNICA DE IMPRESION CON ALGINATO.

El alginato es un hidrocoloide irreversible.

Este tipo de material puede ser usado en odontología para la toma de cualquier tipo de impresión, pero no en todos los casos es recomendable, debido a que la exactitud de los detalles no es factor determinante.

Para la preparación del alginato, usamos una taza de hule y una espátula metálica, los cuales deben estar perfectamente limpios, ya que de lo contrario, pudieran ocurrir cambios en los resultados normalmente --

conocidos, como contaminarse, resultando que el tiempo - de la reacción se vea acelerado.

Se colocan en la taza de hule porciones correc tas de polvo y agua y con la espátula se empieza a mez - clar en forma circular contra la pared de la taza.

Deberá tenerse especial cuidado de evitar la - incorporación de aire en la mezcla.

Se seca el área por impresionar, se lleva el - material a la cucharilla, tomando un poco de material -- que se coloca a los dientes por impresionar, esto se ha- ce para evitar burbujas, se lleva la cucharilla con el - material a la boca, se presiona, ya gelificado se retira de la boca y se lava.

se espatula la mezcla y al mismo tiempo se utiliza un vibrador mecánico, que nos sirve para la eliminación de -- burbujas que se encuentran atrapadas en la mezcla.

Se vierte la mezcla de yeso en la impresión, - vibrándola siempre y en pequeñas porciones de las partes más profundas a las superficiales.

Se puede bordear toda la periferia de la impresión con cera blanda o con tela adhesiva, encajonándola, para tener un tamaño uniforme.

La separación del modelo no debe de hacerse -- antes de 30 ó 40 minutos, después de hacer el vaciado, - para evitar fracturas y deformaciones en el modelo; el - modelo resultante debe ser terso y exacto en todas sus - dimensiones y detalles.

TOMA DE IMPRESION PARA DIENTES
CON TRATAMIENTO DE CONDUCTOS

Esta impresión puede tomarse con el material - de elección del odontólogo, pero la técnica más sencilla- es con el silicón de cuerpo pesado, por su fácil manipulación.

Se prepara el silicón de cuerpo pesado, ya previamente secado el conducto o conductos, se presiona en - la preparación con el fin de que impresione todo el conducto o conductos al ras de la encía. Con el mismo material- se puede construir en este momento un muñón con la anatomía respectiva a ese diente.

Ya polimerizado se retira de la boca y se vacía.

Procedimiento de vaciado:

Se mezcla el yeso en una taza de hule flexible, con una espátula de metal rígida. Primero se coloca el agua y después el yeso, para evitar las burbujas de aire;-

CONCLUSIONES

Es indudable que el estudio, paso a paso nos - ha de llevar a un diagnóstico y plan de tratamiento acertado para la preparación de coronas totales, parciales o- combinadas, proporcionándonos el mejor resultado.

Los nuevos instrumentos y materiales de impresión, han facilitado mucho la realización de estas preparaciones, logrando con esto, mejorar las técnicas de preparación de las coronas ya sean totales, combinadas o parciales, llegando a un buen ajuste y funcionamiento de la- prótesis y, a la vez el factor estético que es de primordial importancia.

Otro punto importantísimo son las interferen - cias oclusales que deben ser eliminadas, para evitarse -- graves problemas futuros.

BIBLIOGRAFIA

1.- MYRERS GEORGE E.

PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES.

2a. EDICION, 1974.

2.- JOHNSTON JOHN F.

PHILILLIPS

DYKEMA ROLAND W.

PRACTICA MODERNA DE LA PROTESIS

DE CORONAS Y PUENTES.

2a. EDICION, 1974.

3.- BRAUCE BELL.

GRAINGER DAVID.

BASIC OPERATIVE DENTISTRY PROCEDIERES

2a. EDICION, 1971.

LIBRARY OF CONGRESS CATALOG

CARD NUMBER 72 - 123419.

4.- SKINNER EUGENE W.

PHILLIPS RALPH W.

LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES.

SEPTIMA EDICION. 1973.

EDITORIAL MUNDI.

5.- RAMFJORD SIGURD P.

ASH MAYOR M. JR.

OCLUSION

2a. EDICION, 1972.

EDITORIAL S.A. DE C.V.