

232
22



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

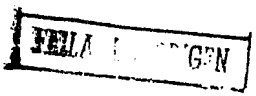
OBTENCION DE LA ESPIGA MUÑON A TRAVES DE LA TECNICA DIRECTA DE LA RESINA ACRILICA AUTOPOLIMERIZABLE

Adriana Ramirez Reyes

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
ADRIANA RAMIREZ REYES



México, D. F.



1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION.....1

CAPITULO I

1.1 Consideraciones generales para la
Restauraciones Post-Endodónticas.....2

1.2 Indicaciones de tratamiento
Post-Endodónticos.....5

CAPITULO II

2.1 Requisitos del Poste y Nuñón
en dientes Unirradiculares.....7

2.2 Requisitos de los Postes y Nuñones
en dientes Multirradiculares.....9

CAPITULO III

3 Componentes básicos utilizados en la
Restauración Post-Endodónticas.....11

CAPITULO IV

4.1 Preparación del tejido remanente.....13

4.2 Preparación del conducto de dientes
Unirradiculares.....15

4.3 Preparación del conducto de dientes
Multirradiculares.....17

CAPITULO V

5 Método de desobstrucción de los Conductos Radiculares.....	21
--	----

CAPITULO VI

6.1 Técnica de impresión con la Resina acrílica (Duralay).....	26
6.2 Características de la Resina acrílica (Duralay).....	29

CAPITULO VII

7 Prueba, Ajuste y Cementación de la Restauración Intrarradicular Espiga-Muñón.....	31
---	----

CAPITULO VIII

8 Fracazos más comunes de la Espiga-Muñón.....	34
--	----

CAPITULO IX

9 Fabricación y Adaptación de un provisional... ..	36
--	----

CONCLUSIONES.....	38
-------------------	----

APENDICE.....	41
---------------	----

BIBLIGRAFIA.....	1
------------------	---

INTRODUCCION

La creciente capacidad del cirujano dentista general para tratar dientes con afecciones pulpares, traumatismos, severas caries, va aumentando las posibilidades de conservar mas dientes, que antes eran irremediabilmente condenados a la extraccion. Esta capacidad de rehabilitar un diente tratado endodónticamente, coloca al dentista en la envidiable posición de poder recomendar un tratamiento destinado a resolver los problemas especificos de la mayoría de los dientes individuales.

Todo diente tratado endodónticamente pierde sus cualidades vitales de hidratación y sensibilidad, sobre todo la hidratación es básica para que el diente no se vuelva frágil, ni quebradizo, pero al hacer el tratamiento del conducto se pierde. Para que el diente no corra el peligro de alguna fractura u

otro accidente se le colocará la restauración adecuada para la preservación del mismo por medio de una gran variedad de técnicas que le devolverán la función y anatomía natural.

En este trabajo se hablará de la toma de impresión de los retenedores intrarradiculares, a través de la técnica directa de la resina acrílica (duralay).

El objetivo del presente es hacer notar que hay que salvar los órganos dentarios devitalizados con una gran pérdida de tejido dentario, devolviéndoles la anatomía y función.

Capítulo I

CONSIDERACIONES GENERALES PARA LAS RESTAURACIONES POST-ENDODONTICAS.

A) Fragilidad de la estructura dentaria.

B) En dientes que queda poca o ninguna corona clínica pero, presentan raíces de longitud apropiada, gruesa y resistente.

C) Pérdida de resistencia dentaria, es el factor más importante porque se considera el refuerzo de los dientes con reducida circunferencia cervical; porque presentan severas caries, con coronas mutiladas, restauraciones muy extensas, y por el acceso endodóntico, que queda poco de corona clínica para retener la restauración final, por lo general sólo quedan las raíces.

D) La deshidratación de los tubulos dentarios da pérdida de resistencia dentinaria.

E) Las fuerzas de la oclusión así como las de palanca causadas por el agarre de una prótesis generaran una deformación por flexión.

F) La tensión podría tornarse excesiva, con fractura de las cúspides no protegidas o fractura coronaria en el área de circunferencia menor, la cervical.

G) Se puede perder tejido dentario, este provocado por caries, fracturas o abrasión; por alineamiento operatorio que exige la intervención endodóntica, o por remoción dentaria destinada a obtener acceso a la instrumentación endodóntica.

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO POST-ENDODONTICO

A) El realineamiento oclusal o axial de los dientes en mala posición.

B) La pérdida de estructura dentaria coronaria retentiva en razón de caries, traumatismos, cúspides mutiladas, restauraciones previas bastante extensa, o por abrasión.

C) Técnicas para sobredentaduras exigen la conservación de raíces como anclaje con la colocación de espiga-muñón.

D) La proporción entre corona y raíz en dientes con soporte periodontal inadecuado tienen que ser mejorados con estabilizadores intrarradiculares (espiga-muñón)

Un futuro diente pilar que haya sido tratado endodónticamente conservará su inserción periodontal inalterada, biológicamente, no se presentan

requisitos adicionales en el planteamiento del
tratamiento restaurador.

REQUISITOS DE LOS POSTES Y MUÑONES EN DIENTES UNIRRADICULARES.

1) El poste debe ser lo bastante largo para preveer una tensión excesiva sobre la superficie radicular.

1.1) El poste debe ser tan largo o más, como la extensión gingivo (cervico-oclusal) de la corona clínica, cuando esta exista.

1.2) La longitud del poste debe ser por lo menos, de la mitad de la raíz contenida dentro del hueso. Lo ideal es dos terceras partes de la raíz.

2) El diametro del poste debe ser lo suficientemente grueso, para evitar que el colado se doble.

3) Se debe crear un asiento cervical positivo para el muñón.

4) Una adaptación interna del poste distribuye las tensiones internas de la circunferencia.

5) Una adaptación interna adecuada, permite una capa delgada de pegamento sellador, que compensa la debilidad inherente en el medio sellador.

6) El poste debe ser en forma cónica, para evitar una posible fractura.

7) El muñón debe ser lo bastante aproximado posible al ideal para recibir el retenedor seleccionado.

8) El poste debe estar colocado en sentido del eje longitudinal del diente, aunque el muñón tenga que desviarse debido al diseño requerido al retenedor.

9) La forma de la preparación del conducto debe ser en forma oval en sentido vestibulo-palatino o vestibulo-lingual en dientes posteriores y en anteriores mesio-distalmente para evitar que se gire.

Capítulo III

REQUISITOS DE LOS POSTES Y MUEÑONES EN DIENTES MULTIRRADICULARES.

1) Cuando se utilice un solo retenedor sobre el diente como unidad separada, siempre debe de haber por lo menos una raíz, y un asiento positivo en la cámara pulpar.

2) Si la pieza va a ser utilizada como pilar para la prótesis, ^{al} menos dos de los conductos deben ser preparados para fabricar un poste multirradicular y un muñón. Esto evita tensión interna y ayuda a prevenir una posible fractura radicular ocasionada por la torsión.

Ayuda a dirigir las fuerzas impuestas por la prótesis en el sentido del eje longitudinal del diente.

3) Morfológicamente los dientes multirradicales ocasionalmente impide el uso de un solo vaciado, debido a la divergencia de los conductos. Por lo

tanto, se adaptarán restauraciones de precisión (macho-hembra).

4) La preparación del poste debe seguir estrechamente, la anatomía topográfica del conducto. Cuando dicho conducto sea redondo la preparación deberá ser distorsionada ligeramente, de forma ovoidea o cuadrada. Esto evitara que el poste gire. Siempre se debe obtener un asiento cervical definitivo, el cual se le hace en dos planos, cuando la reducción de las coronas se extiende cerca de la encía para prevenir laceraciones de la papila interproximal.

Capitulo IIII

COMPONENTES BASICOS UTILIZADOS EN LA RESTAURACION POST-ENDODONTICA

El primer objetivo en dientes tratados endodónticos, es el refuerzo en la estructura dentaria remanente o la posición de los tejidos dentarios faltantes, o ambas cosas, para obtener la resistencia adecuada y paredes retentivas para la restauración final. El segundo objetivo es el diseño y la confección de la restauración final, que deberá rodear al diente protegiendolo y restaurarlo a su función óptima biomecánica, fisiológica y estética.

La espiga o perno; es un vástago metálico que abarca dos terceras partes de la raíz aproximadamente. Su objetivo es repartir los esfuerzos generados por la torción, fuerzas de oclusión. Sin el empleo de una espiga con longitud

apropiada, toda la fuerza estaría en el margen cervical.

El muñón; es una preparación dentaria para proveerla de la longitud optima para la retención, y soporte de la restauración.

El tallado final o bisel de la preparación se ubica en la estructura dentaria pues están dentro de los límites de la forma de la restauración final.

Los bordes finales de la restauración se ubican en la estructura dentaria, de modo que se pueda obtener una ventaja estética sin una severa destrucción dentaria.

La adaptación marginal de la espiga o colado a la estructura dentaria no es decisiva, pues los bordes están dentro de los límites de la forma de la restauración final.

Capitulo IV

PREPARACION DEL TEJIDO DENTARIO.

Después de haber realizado el tratamiento del conducto procederemos a la preparación del mismo.

El primer paso será, eliminar la corona clínica que quede del diente, utilizando las fresas indicadas tallaremos todo lo que queda de las superficies de la corona, tratando de formar un plano paralelo a la superficie oclusal de los dientes. También se puede tallar en forma de dos planos, de esta manera eliminamos caries y esmalte dental sin soporte dentinario.

En caso de que exista alguna porción con soporte dentinario, esta no se eliminará porque nos puede ser útil y la involucraremos en la preparación del muñón.

Cuando el diente no tiene corona clínica, solamente se realizará una terminación cervical por

debajo de la encía, esta puede ser enfiada o simplemente bisel.

PREPARACION DEL CONDUCTO EN DIENTES UNIRRADICULARES.

El momento para hacer la desobturación se ha convertido en motivo de controversia. Para conservar la integridad del sello apical, algunos operadores posponen la eliminación de la gutapercha hasta 48 hrs.. Otros esperan una semana. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que pueden prepararse el espacio para el poste inmediatamente después de la condensación.

La utilización de instrumentos giratorios o cloroformo no se recomienda en forma inmediata, ya que da como resultado filtración apical significativa.

La rápida colocación y retiro de un condensador para conducto radicular bien calentado permite eliminar la gutapercha poco a poco al reblandecerse y adherirse al condensador u orificador. Este proceso

se continúa hasta que se haya logrado la profundidad deseada. Deben dejarse cuando menos 3mm de gutapercha en la zona apical aunque es preferible dejar 5mm, esto se verifica mediante Rx. después de la solidificación final del material utilizando condensación vertical.

Para la preparación del conducto. El instrumento giratorio de elección para ensanchar el canal y eliminar la gutapercha es el ensanchador de peeso. Se puede conseguir en juegos de seis tamaños que van de 0.6 a 1.6mm de diámetro. Como tiene la punta roma y no cortante, el instrumento sigue la vía de menor resistencia, que es la gutapercha del canal.

Un ensanchador de peeso del No. 1 se pone encima de una radiografía del diente que se va a restaurar, y se determina la longitud del ensanchador que va a tenerse que introducir en el canal. Se coloca un tope

en el mango del instrumento. utilizando una referencia. por ejemplo, el borde incisal contiguo. Se desliza un trocito de dique de caucho en el mango del ensanchador, en el lugar adecuado para que luego nos indique el final del ensanchador.

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

Deben quedar, como mínimo 3mm. del relleno del conducto intacto en la zona del ápice para evitar que el material de relleno se mueva y que haya filtraciones. La espiga tiene que ser, por lo menos, igual de larga que la corona, para que tengala adecuada retención con la óptima distribución de las fuerzas. si no se consigue poner en práctica estos criterios, el pronóstico de la restauración no será ideal, y es preciso explorar las posibilidades de ganar la necesaria retención de alguna otra manera.

Coloque el ensanchador en el diente a la profundidad predeterminada y haga una radiografía para comprobar la exactitud de la longitud escogida. Emplee esta Rx. para establecer la longitud final. Continúe ensanchando con los diámetros escalonados, hasta alcanzar el más grueso permisible en ese diente. El tamaño del ensanchador depende del diámetro del diente.

Una vez preparado el conducto para la espiga, con una fresa haga una ranura en oclusal, en el área del diente donde haya el máximo espesor. La profundidad de la ranura debe ser aproximadamente el diámetro de la fresa aproximadamente 1mm. Su longitud, la de la parte cortante de la fresa (unos 4mm) en un plurirradicular, la ranura se puede situar en un segundo canal.

PREPARACION PARA DIENTES MULTIRRADICULARES

En el caso de los dientes multirradiculares, se desobturaran dos conductos; en el conducto más recto se pondrá la espiga y en el otro se alojará una bifurcación de ésta, sirviendo como espiga estabilizadora. La cuál no necesita cumplir con la longitud de una espiga normal.

Los medios para ganar la necesaria retención de las piezas posteriores despulpadas, depende de la cantidad de estructura coronaria perdida y de la configuración de las raíces. Si en un molar todavía quedan dos cúspides soportadas por dentina sana, debe reconstruirse con amalgama o composite retenido por pins y luego preparado para una corona. Si sólo queda una cúspide o menos, en un molar cuyas raíces son lo suficientemente largas, rectas y gruesas, debe hacerse un muñón artificial retenido por espiga. En

el caso de que las raíces no sean favorables para retener una espiga, habra que hacer un muñón de amalgama o composite retenido por pins, espigas prefabricadas sistema de retención paralela etc.etc...

Los premolares inferiores, con una raíz única, no presentan ninguna diferencia, pero ninguna dificultad insuperable. El conducto bucal se ensancha para que en el se aloje la espiga y en el lingual se insinuará una bifurcación de la espiga que servirá para la estabilización.

Los molares son más difíciles de restaurar con muñones artificiales con espiga. En los superiores, la espiga se coloca en el canal palatino. En los inferiores, la raíz distal es la que con más frecuencia es casi recta, así, en estas piezas se ensancha la raíz distal para alojar la espiga.

Capitulo V

METODO DE DESOBTURACION DE LOS CONDUCTOS RADICULARES

Existen tres métodos de desobturar los conductos radiculares.

A) Termomecánico.-Se realiza en dientes que están obturados con materiales semisolidos, específicamente con gutapercha, en esta técnica se utiliza calor conjuntamente con instrumentos rotatorios.

B) Mecánico.-Se utiliza en dientes obturados con gutapercha o diversas pastas, las cuales son eliminadas por instrumentos rotatorios como puer-

den ser fresas de diamante o fresas de peso.

C) Químico.-En este método solamente se utilizará cloropercha para reblandecer la gutapercha.

Capitulo VII

TECNICAS DE IMPRESION CON LA RESINA ACRILICA (DURALAY)

Materiales requeridos:

- 1) Poste de plástico del mismo diámetro de la última fresa calibrada que se utilizó para la preparación del poste.
- 2) Dos godetes de vidrio (vaso dappen)
- 3) Gotero.
- 4) Un pincel de cerda fina doble 00.
- 5) Lubricante.
- 6) Resina acrílica (DuraLay).

PROCEDIMIENTOS

METODO DIRECTO, APLICANDO LA RESINA CON PINCEL

Se lubricará el conducto, para evitar que el Duralay se adhiera a las paredes de la preparación, y permita la remoción del muñón-espiga del conducto.

Cuando la preparación este perfectamente lubricada, se pincelara Duralay primero líquido, y luego polvo en el interior del conducto teniendo cuidado de no atrapar burbujas de aire, así sucesivamente hasta conformar un muñón que tendrá las características del diente a restablecer; teniendo cuidado que el asiento cervical este completamente cubierto.

Terminando con la anatomía adecuada se enviará para ser vaciado en metal.

METODO DIRECTO UTILIZANDO PINES INTRARRADICULARES DE PLASTICO (PALILLO).

Se recorta un palillo de plástico macizo, de modo que ajuste con la preparación del conducto y que llegue hasta el fondo del trayecto ensanchado. Se hace una pequeña muesca en la cara anterior del palillo, que servirá de señal de orientación en los siguientes pasos.

En un godete (vaso Dappen) haga una mezcla fluida de monomero y polimero de resina acrílica mediante un ensanchador de peso, provisto de un poco de algodón, lubrique el conducto con vaselina. Llène, con un instrumento de modelar, tanto como sea posible, la boca del conducto con la mezcla de resina acrílica e introduzca el palillo hasta el fondo del conducto.

Asegúrese de que en este momento este cubierto de resina el bisel exterior. Es difícil tapar, más tarde el bisel, sin alterar el ajuste de la espiga en el conducto.

Cuando la resina empieza a polimerizar se harán movimientos de intrusión y extrusión de este dentro del conducto, para asegurarnos de que no a quedado atrapada por algun socavado del interior del conducto. La resina ya polimerizada del todo, se retira a la espiga del conducto y nos aseguramos de que ha llegado hasta el fondo de la zona ensanchada. Si ha quedado alguna burbuja, se rellena con un poco de cera blanda.

La espiga se vuelve a insertar en el conducto y se mueve hacia arriba y hacia abajo, hasta estar seguro de que va a entrar y salir comodamente en todo momento.

Vuelva a lubricar con vaselina el conducto y reinserte la espiga de acrílico. Haga una segunda mezcla de resina y coloquela alrededor de la espiga que sobresale, hasta conseguir un grueso suficiente para tallar un muñón. Mientras va polimerizando, con los dedos, se pueden ir modelando las caras labial y lingual.

El muñón se puede desbastar en la mano, con las piedras verdes y discos de granate de grano grueso. El tallado se completa con el patrón puesto en su sitio, en la raíz. Es conveniente hacer el tallado en el acrílico, pues retocar el colado es difícil y consume mucho tiempo. El muñón de acrílico se termina alisándolo con discos de papel de lija fina y pulié'ndolo con ruedas BURLEW. El patrón no debe presentar ni rugosidades ni socavados, y debe tener exactamente la forma del muñón artificial definitivo.

METODO UTILIZANDO UN CLIP METALICO

Se procede de la misma forma que el método anterior, solo que en vez de ser un palillo de plástico macizo, se utiliza un clip de metal, que ajuste con holgura en el canal y que llegue hasta el fondo del trayecto ensanchado. Se le harán unas pequeñas muescas a todo lo largo del clip para que se adhiera la resina.

CARACTERISTICAS DE LA RESINA ACRILICA (DURALAY)

La resina acrílica (DuraLay) fué escogido entre los acrílicos, por las siguientes razones:

- 1) Es de grano más fino.
- 2) Es más duro (que los otros acrílicos).
- 3) Polimeriza más rápidamente.
- 4) Es más estable dimensionalmente.
- 5) No deja gran cantidad de residuos al fundirse, y es muy parecido a la cera de modelar.
- 6) No presenta reacción exotérmica.
- 7) Es de fácil manipulación.

Cuando el DuraLay ha polimerizado, se retirarán, el poste y muñón de manera cuidadosa para evitar cualquier deformación.

Una vez retirada y revisada la impresión, estará lista para mandarse al laboratorio para colar y obtener el vaciado.

Capitulo VIII

PRUEBA, AJUSTE Y CEMENTACION DE LA ESPIGA MUÑÓN EN EL CONDUCTO.

Una vez obtenida la restauración intrarradicular ya colada, es necesario ajustarla al diente, colocando el retenedor en el conducto y asegurándose que la espiga tenga la longitud y el espesor debido, para evitar movimientos rotatorios y verificar el sellado cervical, esto se puede constatar tomando una Radiografía. Después se harán los retoques necesarios en el muñón para cumplir con los siguientes requisitos.

Dar un espesor conveniente al muñón que permita la reproducción de las características anatómicas del diente, que se esta reemplazando sin que esta rebase los límites del tamaño original.

Obtener espacio suficiente para que se pueda colocar la restauración final.

Eliminar la misma cantidad de metal en toda las superficies del muñon, así aseguraremos una capa uniforme de material.

Dar a la restauración el adecuado patrón de inserción.

Obtener la máxima retención.

La cementación se realizará después de haberla adaptado.

Se procederá a aislar el campo operatorio.

Se seca y esteriliza el conducto.

Limpiar y secar la restauración, preparar el cemento necesario que en este caso podría ser el FOSFATO DE ZINC.

Se debe tener a la mano un rollo de algodón para amortiguar la presión a la oclusión que se ejerce sobre la corona durante el cementado. Una vez hecha la mezcla del cemento se introducirá en el conducto

por medio de un téntulo o lima haciendo giros contrarios a las manecillas del reloj, ya que de esta manera el material se lleva hasta la porción más apical de la preparación. Posteriormente se embete la punta del poste en la mezcla del cemento mencionado ; se introduce en él, presionando uniformemente, cuidando que la preparación tenga una vía de salida para el cemento en forma de canal, el cual se hará en el poste vaciado.

Que el poste se inserte adecuadamente y siempre en la misma dirección.

El cemento deberá estar más fluído que la consistencia que se usa en las incrustaciones.

Cap. VIII

FRACASOS MAS COMUNES EN LA ESPIGA-MUNÓN

1) Falta de la espiga de refuerzo.

Cuando no se coloca la espiga de refuerzo, hay posibilidad de la fractura en el área cervical de dientes con circunferencia reducida.

2) Espiga corta.

Una espiga corta no reducirá la posibilidad de fractura pues no distribuirá los esfuerzos a todo el resto de la estructura dentaria.

3) Retención por pines en vez de espiga.

La retención por pines, en vez de la confección de conductos para la espiga y su reproducción es una cuestión de técnica antes que de principios, el fracaso es tan inevitable como si se hubiera realizado una espiga corta.

Capitulo IX

FABRICACION Y ADAPTACION DE UN PROVISIONAL.

Es muy importante elaborar una prótesis provisional, ya que esta durará el tiempo necesario hasta que se termine la restauración final, un provisional se coloca con el fin de conservar la salud bucal, las relaciones dentales, proteger los tejidos bucales y la estética, así mismo, protege la encía y los tejidos remanentes sobre todo evitara' la fractura.

Existe una gran variedad de ellos los que se hacen en el paciente y los del laboratorio.

También los hay prefabricados como: las coronas de policarboxilato, celuloide, cromo cobalto, etc.....

Después de que se eligio la corona adecuada se cortara una porción de acero inoxidable, (clip, palillo de plástico), se introducirá una porción en el conducto y la parte sobresaliente se marcará se le

hará pequeñas muescas como zonas retentivas, posteriormente se preparara acrílico blanco con el fin de rebasar la corona y que se adapte a la porción preparada de la raíz; se introducirá acrílico al conducto y se harán movimientos intrusivos y extrusivos hasta que este polimerice.

Procederemos a colocar la corona provisional con acrílico dentro de esta.

Colocaremos la corona en la porción del clip que quedo fuera del conducto, por último se eliminará y rebajaran los excedentes hasta dejarlo funcional y estético. Se cementará con un material temporal como puede ser TEM PACK, WUNDER PACK, TEMP BOND etc.

Para dientes posteriores se recomienda utilizar coronas metálicas de cromo-cobalto, ya que son más resistentes y durables.

Para colocarse se prueban, recortan y ajustan según el caso.

Es importante checar la oclusión, y por último se cementará con un material temporal.

CONCLUSIONES

Es muy importante tratar de mantener una raíz sin corona en la cavidad oral, y una de las maneras como se puede obtener es por medio de las restauraciones intrarradiculares.

Las restauraciones intrarradiculares se pueden colocar en raíces sin corona o en aquellos en que la corona este practicamente destruída.

La restauración intrarradicular que más beneficios nos brinda, es la espiga-muñón, elaborada a través de la técnica directa de la resina acrílica DuraLay, brindandonos a los Cirujanos Dentistas una gran ayuda por sus innumerables características, permitiendo una mayor exactitud de la reproducción del conducto, así como una adaptación del mismo posteriormente.

La espiga-muñón se adapta a las necesidades orales sin tener que desalojar la espiga del conducto radicular, y así colocar una corona adecuada. No podemos decir lo mismo de la restauración tipo Davis, porque en esta la espiga, el muñón y la corona se confeccionan al mismo tiempo y por lo tanto no es posible adaptar debidamente el retenedor a las necesidades orales.

Lo más importante de un retenedor intrarradicular, es ante todo, tratar de salvar una raíz o un órgano dental antes que este sea extraído; provocando con tal hecho la resorción ósea, así como la pérdida de la dimensión vertical.

Así mismo es importante conocer que uno de los problemas al que se enfrenta el Cirujano Dentista es la elaboración de restauraciones que además de producir la anatomía tenga la retención suficiente y

aumente a la vez la resistencia del diente ya que si un diente despulpado es utilizado como pilar de una prótesis externa independientemente de la estructura remanente deberá ser reforzada para que pueda soportar las tensiones adicionales a las que estará sujeta, sin llegar a frustrarse.

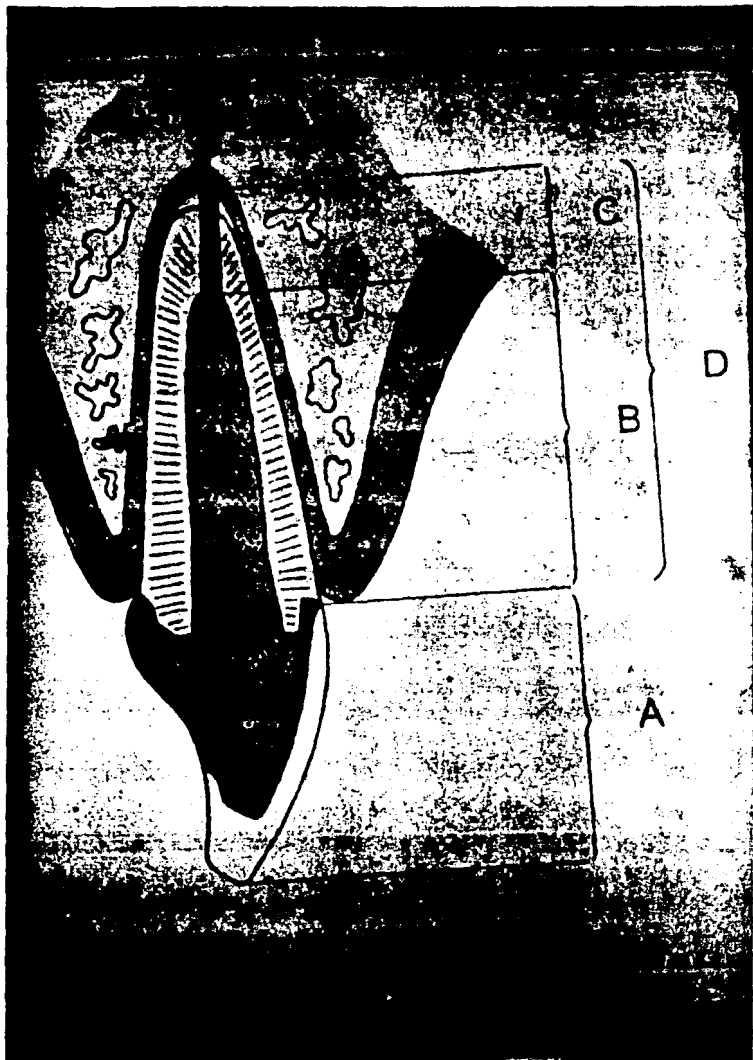
Preservar un órgano dental es labor importante y difícil para el Cirujano Dentista, ya que aquí interviene su capacidad para convencer al paciente, cuando este lo único que desea es la extracción de una pieza que para él es inservible.

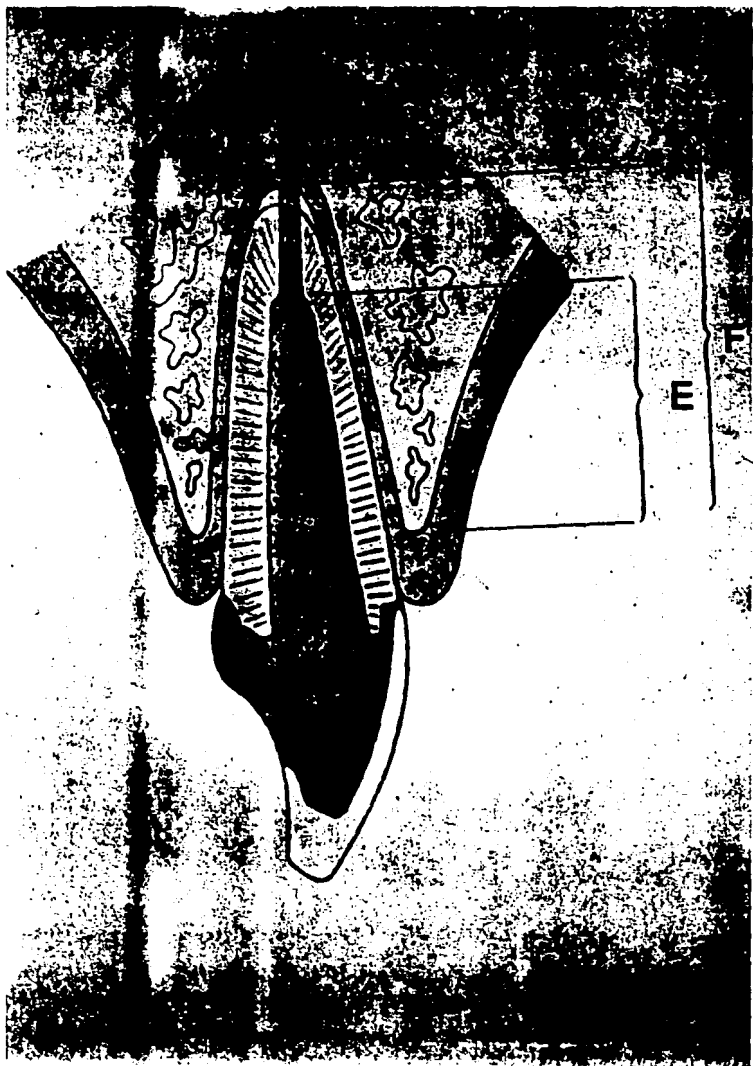
A P E N D I C E A

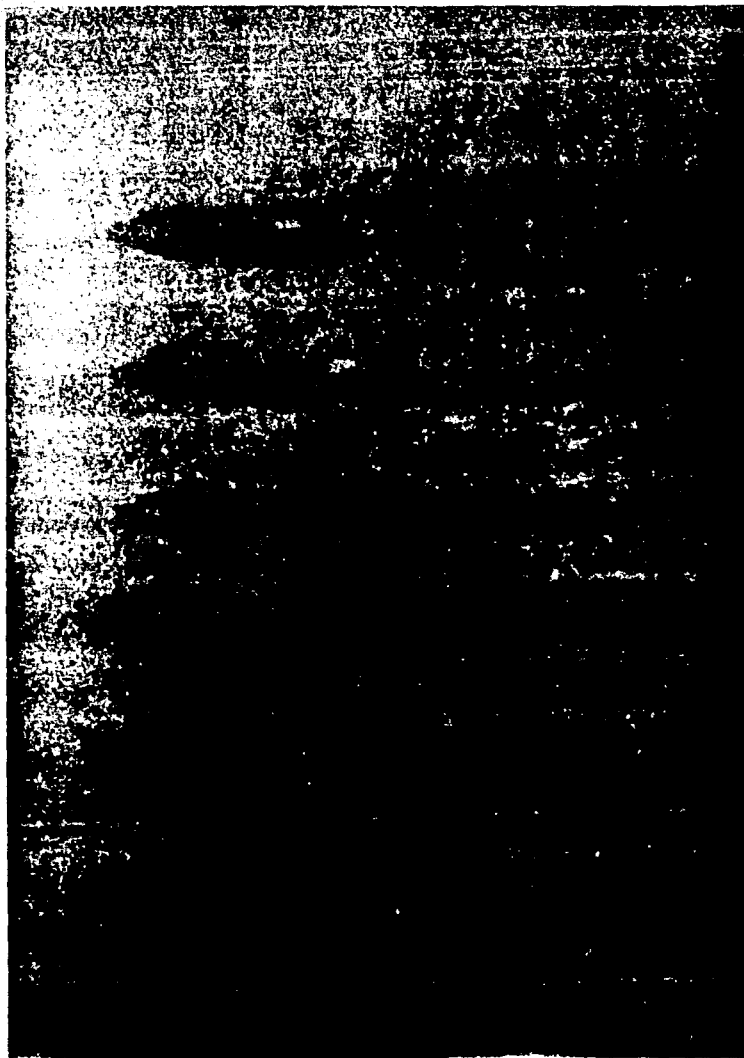
- COMPONENTES BASICOS UTILIZADOS EN LA RESTAURACION POST-ENDODONTICAS.
- PREPARACION DEL TEJIDO REMANENTE.
- PREPARACION DEL CONDUCTO.

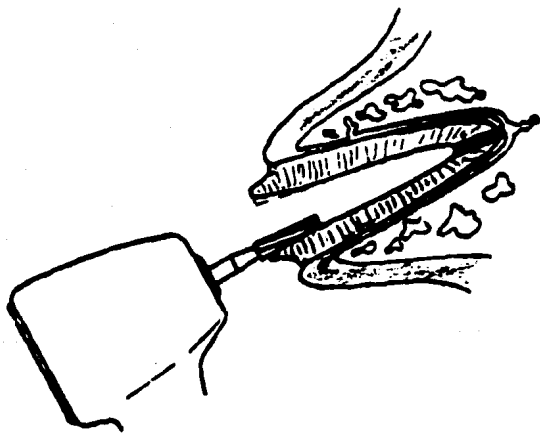
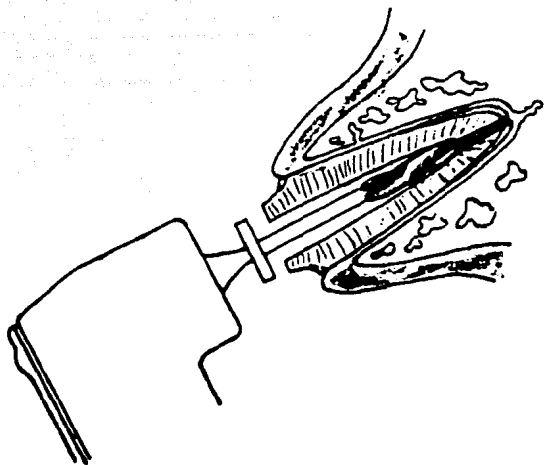
A P E N D I C E B

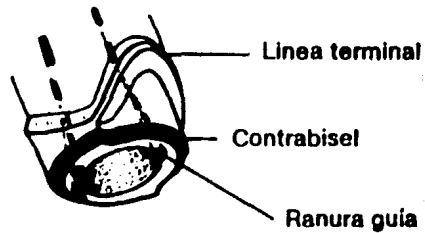
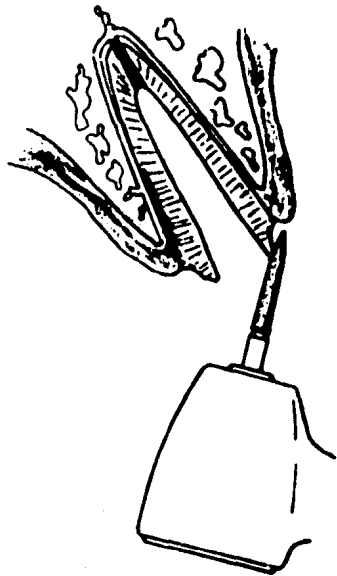
METODO DE DESOBTURACION DE LOS CONDUCTOS RADICULARES











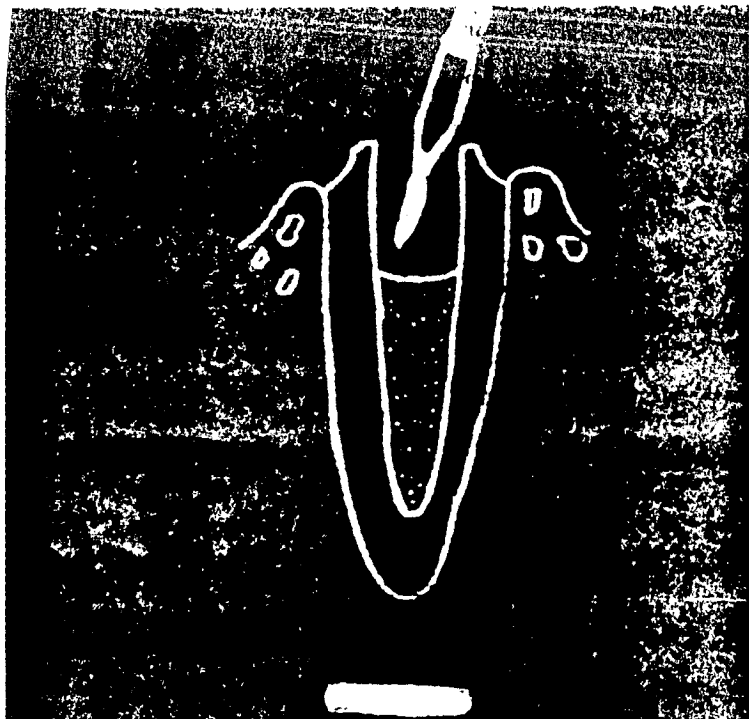
A P E N D I C E C

- TECNICA DE IMPRESION CON LA RESINA ACRILICA (DURALAY).
- METODO DIRECTO APLICANDO LA RESINA CON PINCEL
- METODO DIRECTO UTILIZANDO PINES INTRARRADICULARES DE PLASTICO (PALILLO)

MONÓMERO



Se humedece la punta del pincel en el monómero y se lleva el polímero, para posteriormente llevar el pincel al fondo de la preparación radicular.



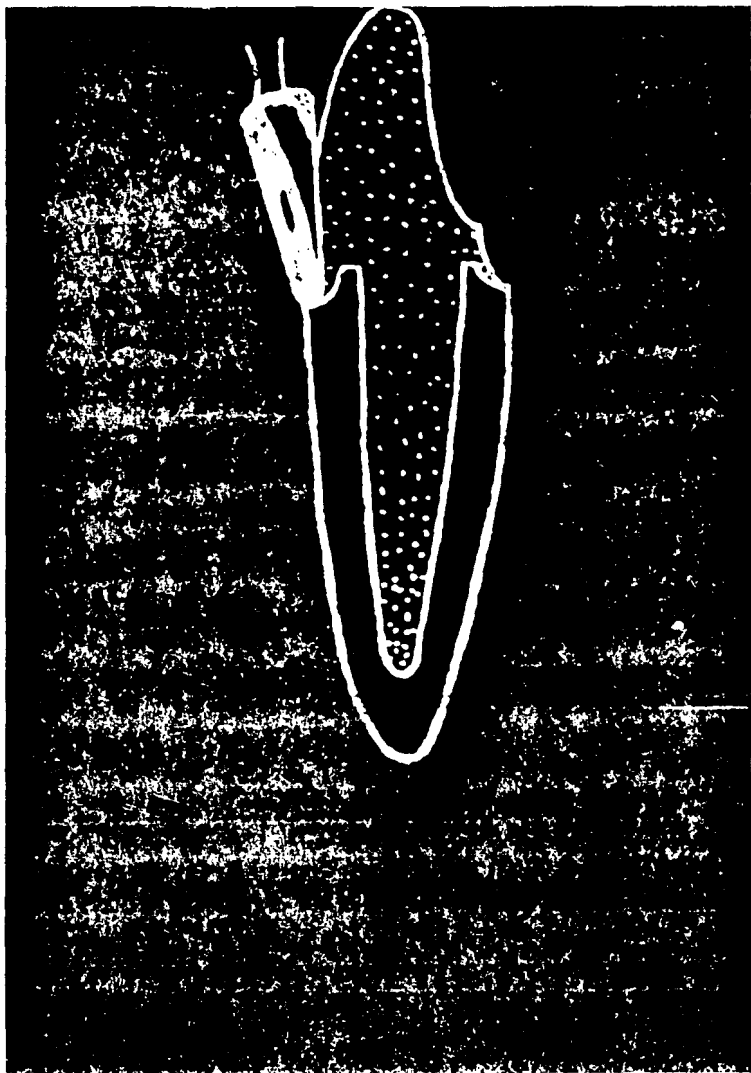
Acrílico autopolimerizable sin reacción exotérmica depositado en tercio apical y medio de la raíz.

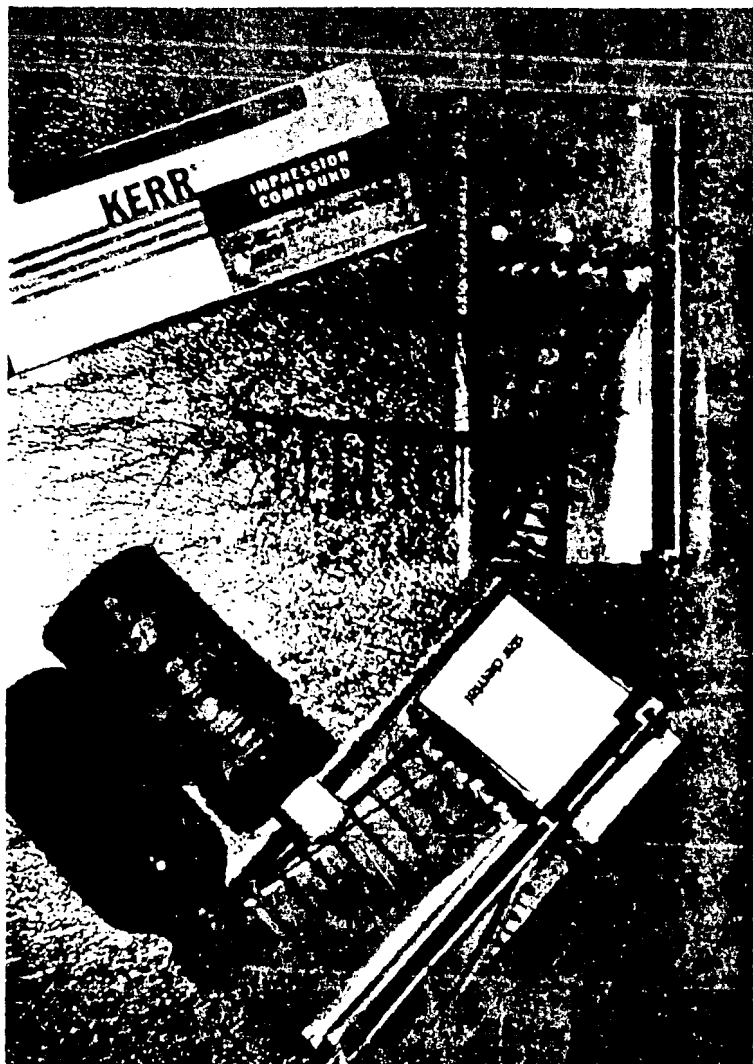


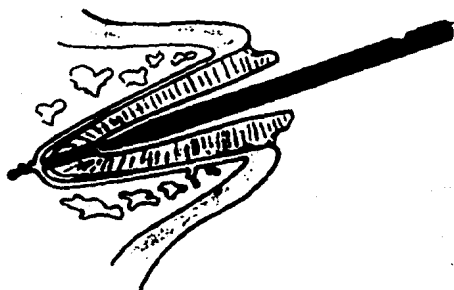
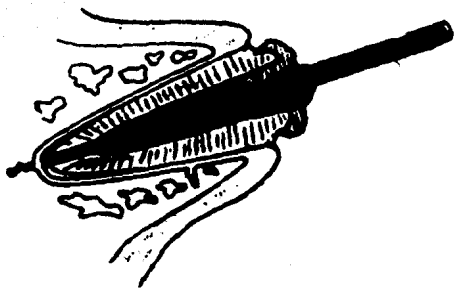
Acrílico autopolimerizable en reacción exotérmica, depositado hasta el tercio cervical del conducto radicular.

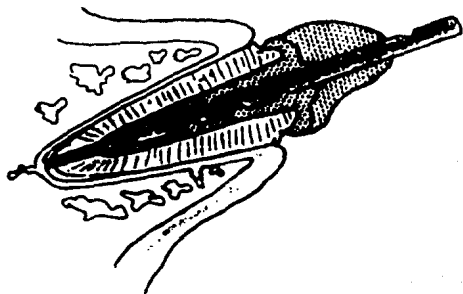
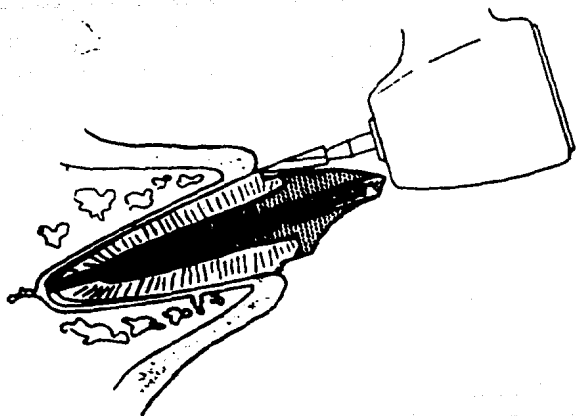


reconstrucción de la porción coro-
naria dándole una forma aproximada
de muñón.



















BIBLIOGRAFIA

ATLAS DE TALLADOS PARA CORONAS.
SHILLINGBURG T. HERBET
Editorial Die Quintessenz, Alemania
1976.

FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA FIJA.
SHILLINGBURG T. HERBET
Editorial universal
1978.

TEORIA Y PRACTICA DE LA PROSTODONCIA FIJA
TYLMA D. STANEY
Editorial Interamericana
7a. edición, 1981.

ENDODONCIA
Dr. JOHN IDE. INGLE
Dr. JERRY F. TAINOR
Editorial Interamericana
3a. edición.

PROSTODONCIA CONCEPTOS GENERALES
Dr. CARLOS RIPOL GUTIERREZ
PROPIEDAD DE PROMOCION Y MERCADOTECNIA
ODONTOLOGICA S.A. DE C.V.
REIMPRESION DE 1983, TOMO II

PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES

MYERS GEORGE

Editorial Labor

4a. Edición

LOS CAMINOS DE LA PULPA

COHEN STEPHEN Y RICHARD C. BURWS

Editorial Interamericana, Buenos Aires, Argentina
1978.

A P E N D I C E D

- FRACASOS MAS COMUNES DE LA ESPIGA MUÑÓN.

