



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

41
2ES

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**ENFOQUE DE PUENTE FIJO
PARA IMPLANTES**

T E S I S A

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARLENE BRISEÑO GARCIA

ASESOR:

C. D. FCO. JAVIER DIEZ DE BONILLA C.



MEXICO, D. F.,

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

A MIS PADRES:

**Por todos sus esfuerzos,
para brindarme el tesoro más
preciado que es el conocimiento.**

A MIS HERMANOS:

**Alberto, Edgar y Erick.
Gracias por su ayuda.**

A MIS PROFESORES:

Con admiración y respeto.

**A todas las personas que al paso de mi
vida me brindaron su apoyo**

INDICE

Introducción	1
Guión	3
Conclusiones	59
Bibliografía	60

INTRODUCCIÓN

Los implantes dentales constituyen actualmente un elemento reconocido en estomatología. La oseointegración permite a los pacientes beneficiarse de prótesis más seguras y cómodas con un escaso riesgo.

La oseointegración depende de seis factores que permiten obtener un contacto óseo directo que constituyen la base del éxito a largo plazo:

- Hablar biocompatibilidad de un material abarca un conjunto de parámetros que los materiales implantarios están lejos de poseer. Parece más razonable hablar de inocuidad que indica todo lo que un material no debe ser (cototóxico, mutagénico, alergénico, etc).

- Diseño del implante. Existen diferentes diseños de implantes; tornillo, cilíndrico, hojas u otros. La preparación del lugar óseo receptor, al estar relacionado directamente con la forma del implante, y la ausencia de una instrumentación calibrada hacen rechazar algunos implantes.

Actualmente es preferible usar, implantes de tornillo en la mandíbula, e implantes cilíndricos en el maxilar superior.

- El estado de la superficie de un material tiene una influencia sobre su capacidad de oseointegración. La mayoría de los implantes están recubiertos de hidroxiapatita.

- Preparación del lecho óseo, ejerce una influencia sobre su cicatrización. El principal factor que altera la cicatrización correcta del hueso es el calor desprendido por los instrumentos rotativos en el momento de la preparación del lecho óseo receptor. La utilización de una fresa de refrigeración interna parece disminuir de forma significativa la temperatura del lugar del fresado.

- Técnica quirúrgica, se necesita trabajar en buenas condiciones de asepsia. Para la colocación de los implantes se necesitan las condiciones operatorias de una cirugía clásica.

- Condiciones iniciales. Cuando el implante se carga inmediatamente, se hallan una o varias capas de tejido fibroso, sobre todo en su parte media y apical.

En la actualidad con el desarrollo del sistema de implantes de cilindro intramóviles, se ejemplifica el arte y la ciencia de la odontología en relación a la cirugía, reconstrucción protésica y salud periodontal así como mantenimiento.

Con esto, seremos capaces de suministrar un tratamiento mejorado al público quien, en muchos casos, está en un estado de mutilación dental de último grado. Estos procesos incluyen dolor crónico, disfunción, disestesia, hiperestesia. Estos pacientes también sufren de un rechazo social terrible resultado de los aspectos eclipsantes de la atrofia en último grado del complejo maxilofacial.

**CONFERENCIA CIENTÍFICA DE LA ADA (HAWAI).
"Dr. Elliot Feinberg"**

Cuando empecé reconozco que sentí que los implantes se relacionaban más con la prótesis fija que cualquier otra área. Entonces poco a poco empecé a adoptar mis técnicas para coronas totales, pero creo que tienes que reconocer que no todos deberán tener un sólo objeto en cualquier área de la odontología, tiene que estar enfocado a diferentes técnicas con diferentes pacientes por diferentes razones. No se puede ser experto sólo en una área, es por eso que cuando se hablan de casos terminales tienes que ofrecer lo mejor, lo que le convenga al paciente, ya que cuando uno sabe llevar a cabo un trabajo de aditamentos de precisión con removibles, también esto debe ser un elemento en el diagnóstico, en el plan de tratamiento antes de proceder a cualquier nivel. Por lo tanto tenemos:

- 1. Aditamentos de precisión con removibles.**
- 2. Sobredentaduras. (en mi práctica personal no he realizado desde hace 12 años, pienso que es una odontología transitoria).**
- 3. La oseointegración**
- 4. Y por último las dentaduras completas. (personalmente yo no**

uso dentaduras completas). (Yo pienso que realizan algunos en otros sitios y siento que todos estos tratamientos deben ser disponibles para elaborar un plan de tratamiento.).

La pregunta es: ¿Sí funcionan los aditamentos de precisión?. El chiste de la odontología es que cuando uno puede realizar todas las áreas bien y no estás involucrado emocionalmente para realizar el tratamiento, entonces puedes elegir el plan de tratamiento que tú desees, que cumple las necesidades del paciente.

He realizado desde 1950, aproximadamente dos mil aditamentos de precisión, entonces para cuando yo realice el diagnóstico del paciente yo sé lo que quiero obtener con aditamentos de semiprecisión.

Me gustaría mostrarles unos aditamentos, porque los aditamentos son implantes por sí mismos, pero cuando tienes una boca así (tres Rx).

Este caso es de 1975 y del lado izquierdo pueden observar el hueso que cuelga de la cúspide que va a ser el soporte principal de una prótesis de seis unidades.

Esto es como se ve..(esquema).

Primero se realizan provisionales en boca, para ver como se ve el paciente y a la vez que es lo que esta obteniendo y también ahora pueden ver que hago lo mismo pero con tratamientos de oseointegración, antes de hacer el caso y terminarlo, me gustaría

tener provisionales en boca, para que me diga si esta feliz, si está feliz con la céntrica, si está feliz con la estética. Yo estoy feliz con el paciente, si puede maniobrar su dentadura antes de que termine el caso.

Radiografías 5 años después, en el premolar (ahí está el nombre del juego), vean el hueso alrededor del premolar, esto es el resultado de la acción de un removible con aditamentos, entonces mi opción no es extraer rápidamente los dientes, si yo pienso que los puedo salvar ocho a diez años . En este paciente realicé aditamentos de precisión y más adelante si se requiere puedo realizar implantes, esto es parte de mi filosofía en cuanto a que el paciente la realizó y no lo realizó para la oseointegración. (esto es 14 años en boca).

Otro caso 1962, lo que trato de demostrar es que si puedes salvar dientes, si puedes construir bocas en otras fases; no es que todos tengan que realizar aditamentos de precisión o implantes.

Este caso de 1969 tienes que buscar que dientes pueden ser salvados, pero en 1983 (ahí está el caso), hay un lateral superior derecho que mantiene el aditamento 20 años después y el hueso es más firme que el día que se colocó. Entonces los aditamentos de precisión si juegan un papel en el diagnóstico del paciente.

Este es 27 años en boca. He realizado sobredentaduras, como he dicho yo pienso que son restauraciones transitorias, pero a lo mejor hay algún sitio donde si se realicen y hay una necesidad para ellos, pero yo utilizo la sobredentadura como

provisionales (y posteriormente hablaré de la fase intermedia) en los pacientes que tienen aún que salir al público, tienes que proporcionarles algo confortable que pueda utilizar, pero algunos sí funcionan y duran, y estoy seguro que sí lo pueden usar.

Yo no estoy feliz con las dentaduras, no realizo muchas "gracias a Dios", pero volveré a decir, algunos pacientes podrán tener dentaduras más que cualquier otra cosa, y al diagnóstico se tiene que basar más bien al plan de tratamiento que es mejor para el paciente y lo último es el mundo maravillosos de oseointegración, en el cual yo pienso; cuando se maneja correctamente y precisamente creo que es una de las llaves de las personas que han realizado coronas y puentes; por ejemplo, yo que he realizado hombros completos, esto es una de las razones que yo puedo mostrar los casos con las Rx, porque al utilizar el hombro completo y acercándome al hueso puedo estabilizar ese diente en el alvéolo, desde el punto de vista de ingeniería y eso es muy importante con respecto a las fuerzas que se ejercen sobre el puente fijo, siento que estoy en el mismo mundo cuando voy desde preparaciones de hombros completo ha la oseointegración.

Estoy realizando en este momento arcadas completas ahora es lo que he realizado más, ya sea superior o inferior, no he tenido problemas; los únicos problemas que he tenido son antes de empezar los casos de prótesis donde el Cirujano ha colocado los implantes y ha perdido uno y eso ha ocurrido como tres veces,

pero en cuanto al trabajo que he colocado, que es de 5 años atrás no he tenido ninguna dificultad hasta ahora.

Entonces, si quieres realizar tu la decisión del plan de tratamiento tienes que considerar todo, Descubrí hace mucho tiempo que uno puede educar a los pacientes pero venderles no es bueno, si es que vas a realizar una Odontología sofisticada; porque vas a pasar mucho tiempo con el paciente y no es una buena fundación, Si los puedes educar al punto donde ellos quieren algo, entonces puedes tener un caso donde lo puedas manejar bien, tienes que conocer al paciente, cuales son sus necesidades, y yo podría ofrecerlos, pero primero veo que es lo que ellos quieren, hay algunas personas que preferirían una dentadura, no quieren pasar por lo económico, lo que dura el tiempo, el involucramiento y preferirían la dentadura, estará bien para ellos. Es más fácil y mejor tener un paciente que ha utilizado una dentadura y sabe la incomodidad de usarla, en cuestiones de estabilidad, función, y de fuerzas de masticación, esos pacientes son muy felices porque una vez que les proporcionas la oseointegración el mejoramiento es tan grande, que se vuelven pacientes muy felices. El problema son los dientes restantes si están los suficientemente buenos para reconstruir la boca y tener la oseointegración como opción posterior. Cuando lo necesite

Y el tercero es que pueden colocarse implantes. Saben yo he tenido 5 pacientes que querían implantes parcialmente y

cuando los mande al Cirujano y les hicieron el diagnostico, los Cirujanos sintieron que no podrían colocarlos en posición y tener éxito y como resultado si no se puede, entonces no le puedes decir al paciente hagámoslo, todos estos puntos se tienen que considerar antes de hacer un plan de tratamiento final para el paciente, con todas las opciones disponibles. Ahora yo pienso que existen tres tipos de implantes para oseointegración:

1. Arcadas completas. Las cuales yo prefiero más y siento que existe una ventaja por la ferulización de toda la arcada, y siento que la evidencia de Brade-mount que he tenido por varios años están basados en la colocación de implantes de arcadas completas, también existen arcadas parciales, juegan un papel muy importante en un paciente con una prótesis unilateral, es difícil que el paciente los disfrute en la mayoría de los casos, entonces presenta una gran área a los pacientes que tienen pérdida unilateral de dientes y puedes colocar implantes parciales con un puente unilateral franco. No he colocado implantes individuales, no pienso intentarlos tengo que ver un poco más de evidencia clínica, antes de que yo lo realice, soy conservador y por eso tengo una buena práctica, es muy raro de estar en un área y tener una práctica recomendada o referida de otros odontólogos

Estos son algunos de los casos originales que donde usaba acrílico sobre metal y les enseñare lo que utilizo hoy, y como los hago. Ahora utilizo coronas telescópicas la mayoría de las veces

y les enseñare como los fabrico, ya sea superior e inferior. Yo no he encontrado gran diferencia una vez que se coloquen los fijos en su lugar y también he realizado parciales, pero en mi practica muy temprana realice muchas cosas que uno podía preguntar y no le daban respuestas. Me regreso a los 50's y se volvió la pregunta; ¿de que parte venias?, y dependiendo de que parte, recibirías la respuesta; y más y más buscaba en áreas en donde yo podría tener más conocimientos y ayudar a mis pacientes y tener más éxito y me enfoque más a la ingeniería..

He pasado muchas horas con ingenieros, libros de ingeniería porque empece a reconocer que lo que hemos estado haciendo en los puentes, prótesis u oseointegración tenemos que aplicar fuerzas las cuales se absorben por una base, esto no es la diferente a la construcción de un edificio o hacer un puente que cruza un río o un letrero de extensión, todas estas cosas se realizan en el mundo de la ingeniería y que tu apliques las fuerzas apropiadamente y si lo manejas entonces se mantienen arriba y funciona y trabaja y los puentes no se colapsan si es que se consideran todas las fuerzas y desde el punto de vista odontológico lo puedes lograr con el diseño de la restauración y con el soporte periodontal y lo mas importante, el soporte óseo, no importa la encía, puede estar en buenas condiciones lo que importa es el soporte óseo, si se contrae el hueso, el caso es un fracaso, el nombre del juego es retención del hueso, y esto es lo que tratamos con la oseointegración.

Básicamente los mismos principios de prótesis en los que sería a nivel de ingeniería, se aplican en la oseointegración, es lo que yo personalmente siento. Con esto no quiere decir que yo estoy bien o mal, pero yo personalmente nunca uniría los implantes con dientes naturales pilares. En mi opinión no es correcto, porque yo sé que los dientes se mueven en función y los pilares de implantes son al colocar un tornillo en la pared no se va a mover y si se mueve estas en graves problemas, yo cuando realizo una cobertura parcial con implantes utilizo los implantes autofirmes, y no involucro dientes naturales; yo conozco mucha gente que lo hace, pero yo no lo hago. Yo no creo en esto y no puedo realizar algo en que yo no creo; esta es mi filosofía.

Hay dos maneras de restaurar, cuando yo me involucre por primera vez sólo conocía una manera, esta era : utilizar un esqueleto metálico con acrílico, cualquier composite o cualquier material blanco, que se procesara sobre el metal , los primeros casos que realice los hice así, mostrare como los hice, yo no utilizo acrílico rosa en ninguno de mis casos porque pienso que llama la atención, sólo utilizo acrílico blanco. Empece a notar los problemas que estaban ocurriendo, y veo que hay otro tipo de implantes en el mercado que tratan de compensar estos problemas, cosas que puedes girar, cosas que puedes doblar, diferentes ángulos, lo cual esa filosofía no me parece, si es que lo puedo combatir con coronas telescópicas, lo que yo diría hoy en día y lo demostrare, casi todos los casos que realizo, los realizo

metal sobre metal telescópico para no preocuparme del ángulo del pilar o la colocación del pilar y desde el punto de vista estética, la porcelana es aún el material más estético y disponible (toma agua).

Todo inicia con los implantes siendo colocados y el periodo de cicatrización que debe ocurrir gradualmente, nosotros nos esperamos 6 meses en superior y 3 en inferior. Después de este tiempo se descubren los implantes y se coloca el macho del implante, se manda al paciente con el protesista, posteriormente le tomo una impresión maestra. A mi me gustaría conexiones directas de duralay, así como los utilizo en las prótesis; utilizo los transfers o el oro; o cofias de oro como transfer y les enseño como los hagan, no es difícil colocar el duralay en boca con un pincel. También existen metales elásticos pero con cofias, pero en ese momento yo daría que cada pieza de metal se separe y después los uniría. Prefiero hacerlo de esta manera, como tomare mi impresión con duralay directo con mi propia técnica para unirlos y después colocaría un material elástico alrededor de las áreas gingivales y desdentadas para poder obtener una recopilación exacta de boca, para que yo pueda obtener un modelo que sea casi exacto. Aquí como se ve deje los dientes (mod de yeso blanco.) que posteriormente realizaré una sobredentadura, para que tenga el paciente algo que utilizar en boca y posteriormente hablare de eso; entonces eso lo tengo en el modelo y fabricare un metal alrededor de esto, después cuando

este listo para colocar el caso extraigo los restos. El material IRM es muy simple pero pienso que es muy importante que si realizas prótesis debes saber la parte quirúrgica; no es necesario que uno lo realice, no creo que todos deban realizar ambos, ya que no todos somos expertos en todo, pero si debes saber lo suficiente porque cada vez que trabajas sobre un pilar, ya sea si vas a tomar una impresión o vas a ajustar algo, deberás tomar el instrumento con que se aprieta la parte macho del implante para asegurarte que este apretado; si no cuando lo coloques después no va a ajustar, es importante que tengas un buen ajuste y que todos estén bien apretados antes de la impresión utilizando este instrumento. (el tercero de izquierda a derecha) y deberás apretar cada implante y cada vez que ajustas o pruebas el caso deberás apretarlos antes de probar el caso nuevamente, porque si se desajusta ya no entraría apropiadamente

He fabricado mis propios desatornilladores; realice un caso donde había poco espacio en ese momento, creo que el Cirujano colocó el implante en posteroinferior, que yo pienso no se hubiese colocado, porque estaba muy atrás y con poco espacio y tenía que utilizar el desarmador pequeño para entrar a ese espacio.

Aquí estoy listo para tomar mi impresión, vean que aquí deje unos dientes posteriores para que el paciente tenga algo que usar durante el periodo intermedio, no los saco todos porque el paciente se metería en problemas para maniobrar en un periodo

de tres a cuatro meses antes de poder fabricar el caso y luego no tienes presión de terminar el caso rápido, porque una de las cosas que encuentro es que en cada fase de la Odontología la amplitud de intereses de cada individuo en cuanto progresa el tiempo y nada se termina se vuelve un problema al paciente se le lleva a cabo la fase quirúrgica que es incomoda y después el paciente se empieza a molestar porque no los cuidas. Entonces, si es posible que dejes el paciente, por ejemplo yo hice unos provisionales de 14 unidades que cemente, el paciente estaba feliz, y ella no penso que se podía hacer al siguiente día; entonces cuando puedo trato de realizar esto en esta fase. Ahora yo quiero utilizar las cofias transfers en este caso pero de todas estas técnicas que he utilizado en coronas y puentes no es bueno tomar duralay y pincelar en boca, porque muchas veces la humedad se esta involucrando y no se adhiere el duralay y como resultado si utilizas esta técnica (como Sautering) la cual yo no utilizo y la colocas en boca muchas veces se sale esa cofia y el técnico lo vuelve a colocar y espera a que ajuste bien porque en todas las fases de la odontología como una corona y un puente, no es cuestión que el puente se vaya a casa, es como queda en el diente, no en un océano de cemento, o no hombros sobre hombros, todo es cuestión de exactitud y precisión y eso será lo mismo o más en la oseointegración, no es suficiente la atornillada, creo que no vas a obtener duración, creo que tienes que hacer que ajuste precisamente sobre los hombros de los púnticos, no hay nada más

que hombros sobre hombro (si ven a los edificios el soporte de los edificios se basa en el concepto de hombro sobre hombro). Rápidamente les mostrare como lo realizo. Rápidamente así procesar el duralay al metal para que cuando utilices una fresa no lo desprendas del metal. Esto es como lo hago, haces una mezcla fluida y luego tomo un instrumento metálico y coloco donde quiero que vaya el duralay y después lo paseo sobre la mecha y le soplas, si no lo burbujea. Después los colocas en reposo de banca por 1' 30" se endurece y ahora parece como si estuviera procesado al metal, puedes tomar una fresa, desajustas y no se cae, después lo llevo a la boca y sólo coloco duralay con duralay y esto no será un problema si llega a ver humedad y se que voy a obtener una posición exacta de cada pieza de la relación de los pilares, ahora es cierto que en coronas y puentes puedo tomar las secciones de los puentes y los puedo probar antes de soldarlos para asegurarme que existe paralelismo y que se solden bien, puedo hacer todos mis cambios antes de que se solden y lo mismo ocurre aquí puedo asegurarme que todo ajusta, reviso por lingual-labial y luego procedo a vaciar. Esta es la técnica, que se ha realizado antes. Coloco las cofias transfers y puedes utilizar cualquier cosa para sujetarlas. Anteriormente había leído un artículo donde se utilizaba hilo dental (yo lo utilizo también, utilizaba alambre para ortodoncia, también para coronas y puentes, lo utilizo como sujetador para que el duralay no se

vaya por toda la boca y luego con un pincel conecto con duralay los uno y después coloco un silicón alrededor de la encía

A veces retiro los excedentes de acrílico, dejo espacio para la colocación del silicón con una jeringa, ocupo esos espacios para obtener una buena impresión, no solamente obtengo una impresión de los tejidos, si no, de las cofias arriba de la encía. En caso de que algo sucediera hago una corona telescópica y podría colocar la porcelana sobre ella. Para poder obtener un mejor resultado estético y después tomo la relación, me tendrán que disculpar esta diapositiva salió mal pero es la única vez que utilice una cofia que se enrosca y tome una impresión elástica, no estoy tan loco por esto, porque yo se que no es exacto y tendría que hacer cada pilar por separado y después unirlos; yo preferiría tomar la impresión con cofias metálicas y conectarlas con duralay.

Y esto es el tipo de modelo.

Ahora me gustaría enseñarles algunos de los casos desde el inicio hasta el terminado y en cuanto avance, podré explicar como obtuve la céntrica vertical y todo el tratamiento completo.

Tomo un pincel o un instrumento metálico, es mejor y solo coloco una capa delgada en la cofia y siempre debo tener el tornillo y el análogo dentro para que no entre el duralay y después se flamea y se colocan en boca y se aprietan, ahora pueden utilizar tornillos grandes o chicos. En este caso solo tome un pequeño alambre y lo doble alrededor y solo era cuestión de

unirlos con duralay. Una vez que lo tengo unido le agrego mas duralay hasta que lo tengo en una sola pieza, después que lo desenrosco y lo pinto con impregum silicón, lo vuelvo a colocar lo enrosco y se le coloca silicón por debajo de los tornillos y obtengo una impresión de los tejidos del espacio desdentado y de los pilares, que lo atraviesan, si se dan cuenta ya tengo sillas de montar, no me tengo que preocupar por tomar otra impresión excepto esta, en la cual ya tengo la impresión completa, existe entonces poca oportunidad de un error en el vaciado del modelo, los machos están colocados y después obtengo el modelo y antes de encerrar elimino las retenciones con una capa de aluminio de plomo o cera con aluminio, lo que quiera utilizar para que a la hora de encerrar no se adhiera a los tejidos o no interfiera.

Estos son los primeros casos que realice y utilice dientes artificiales normales, los encere y los articule y estaba feliz con ellos (ahí se ve el duralay abajo), ahí tomo una guía que puedes tomar con plastilina, en este caso utilice una herradura de cera con vaselina para que pudiese cerrar bien para obtener un tope perfecto y ese es un buen asiento para su proceso, la razón es que yo no utilizo acrílico procesado, en estos casos utilizo bioton (acrílico), solo hago una mezcla y vuelvo a colocar los dientes. Aunque sean dientes de acrílico y esté utilizando acrílico perforo la superficie del pónico para que tenga mayor retención y ahora encero totalmente contra estos dientes, sabiendo que no los tengo que dejar, solo tengo que tener superficie de retención, después

de los primeros casos les coloque bolitas de plástico, aun si lo hubiese vaciado no me hubiera gustado, podría tomar un alambre o un tornillo y quitarlo. Yo no he tenido ningún problema con la retención, después encero utilizando duralay y cera azul para dar los últimos detalles

Nunca vació una sección como ésta en una sola pieza porque es muy grande, porque vas a obtener fuerzas de contracción, entonces la secciono en dos, pero cuando no me gusta y no estoy satisfecho, entonces lo seccionaría, lo ajusto y lo uno con duralay.

El ajuste de coronas es muy exacto, si quieres tener una odontología muy exitosa no hay excepciones de esto, entra pero no ajusta; todo tiene que ajustar exactamente y si vas ha transmitir fuerzas a un pilar al hueso no puedo aceptar que tenga un tornillo que lo sostenga, porque, yo recuerdo hace muchos años, nosotros manipulábamos pónicos con tornillos y estos nunca funcionaron, los tornillos se rompían y era un dolor de cabeza, debido a las grandes cargas de masticación, entonces significa que tienes que tener un buen ajuste y después el tornillo si lo puede sostener lo cual es una buena relación entre el vaciado y la base de la prótesis. Entonces tengo que revisar que cada corona ajusta en cada pilar, si existe alguna duda puedo seccionar, lo ajusto colocándole duralay; y posteriormente se vuelve a soldar porque es igual cuando uno hace un puente. Para mi no hay diferencia en el área profética colocando hombros en

todos los dientes, lo que trato de hacer es que mis coronas tengan hombros uniformes y relaciono mis hombros con el hueso, para que yo pueda traer las fuerzas hacia abajo, por eso demostré que no sólo el aditamento, si no la manera en que se aplicaban las fuerzas a los dientes, en las cuales yo puedo obtener casos que parezca que el hueso volvió a regenerarse, voy ajustar cofias, y asegurarme que cada una ajuste, después los uno con duralay, y en las cofias metálicas hago lo mismo, reviso que ajusten, también para los casos de oseointegración, no tengo nada vaciado hasta que no sepa a donde voy.

Entonces la exactitud juega un papel importante, pienso que si fallas no creo que sea el proceso, si no un mal diagnóstico o una mala técnica, creo que si nada más piensas en atornillar no vas a tener el mismo éxito, todo en odontología son porcentajes de éxito, no importa que hiciste en casos en que mire que saludable esta, porque un caso no significa nada, 5 casos no significan nada; es cuando haces los suficientes para obtener un promedio de las fallas y éxitos, y cada técnica o casi todas las que yo conozco los odontólogos obtienen el 60% de éxito y hay otros que obtienen el 98%, todo depende de la exactitud y precisión que va con ello. Por supuesto si no puedes obtener un alto porcentaje entonces la técnica no sirve, tratamos de eliminar las causas que podrían causar problemas, y hay muchos dentistas que no saben las respuestas. Nadie lo sabe todo, solo lo puedes

compensar con exactitud y precisión de cualquier técnica en la odontología.

Aquí tomo la mordida de cera, ya coloque sobre el vaciado en una sola pieza y lo coloco sobre el modelo, los dientes en posición y luego tomo el (biolon) que es un acrílico que se procesa en una olla de presión a 190o. De 35 a 40 lbs de presión, no hay investimento ni prensado; si no me gusta puedo tomar un pincel y lo vuelvo hacer y lo coloco en la olla de presión, esa es la manera por la cual realice todos mis casos originalmente y no tengo acrílico rosa, aunque lo podría usar pero prefiero no usarlo, porque si el diente esta mas largo y blanco no se va a notar, pero si se ve el acrílico rosa es muy llamativo, es como cuando se hace una dentadura; tratas de que no se vea donde empieza tu dentadura. Luego lo retiras y después se atornilla y se termina.

Si tengo una dentadura creo que es importante que las fuerzas sean distribuidas para que exista poco trauma, en todos mis casos de aditamentos he realizado esto. He reprocesado las caras oclusales después de que el paciente haya utilizado la dentadura por treinta días y también las he rebasado para poder obtener las mejores relaciones para el uso prolongado de estas.

Aquí hago lo mismo; aquí el paciente tiene una dentadura es algo difícil desgastar la dentadura para que ajuste bien. Desgasto los posteriores y los coloco un poco de triad.

Hace años yo utilizaba el biolon pero el triad nos duro. Primero hago perforaciones en los dientes de acrílico para poder

tener mayor retención, luego los pincelo con el material de unión, coloco el triad (acrílico blanco) lo coloco en boca, que cierre el paciente, retiro los excesos, lo vuelvo a colocar en boca, hago que el paciente haga movimientos de protusión, lateralidad y oclusión céntrica y luego lo pongo a la luz para poder tener una buena superficie, obviamente deberás recortarlo antes de que le de la luz para que así solamente tengas que pulirlo; al mismo tiempo remojas tu instrumento en monómero para que no se deforme y ahora puedo mandar al paciente sabiendo que tiene una buena oclusión y relación. En cada caso que atiendo se mantienen a pesar del paciente. A veces pensamos que cuando le decimos que haga algo pensamos que lo va hacer -eso no es cierto-, es muy difícil motivar a la gente, los puedes motivar mientras están en el sillón dental, pero uno o dos meses empiezan a mal habituarse y hacen lo que ellos quieren. Hay que ser realistas, si todos hicieran y escucharan lo que fuera cierto ya no habría fumadores, pero eso no es cierto, porque es muy difícil motivar a la gente, si existen algunas personas que hacen lo que les dices, por ejemplo; esta mujer desde que vino a consulta conmigo se le vio la acumulación de sarro sobre las prótesis fijas, uno piensa que este paciente va a ser todo lo posible para cuidar su prótesis, entonces; ¿por qué no se los cuida desde un principio?, ¿por qué perdió todos sus dientes?, la mayoría que pierden sus dientes es porque tienen mala higiene, yo se que no puedes colocar un cavitrón sobre las prótesis y por eso se rallan, todo se hace con un

instrumento de plástico para poder limpiarlo y luego pulirlos, (con respecto al mantenimiento hablare después.)

Aquí mantuve los dos premolares con domos de oro y le coloque una sobredentadura mientras cicatrizaba, ahora estoy listo para realizar el caso; de nuevo tome las cofias transfer coloque duralay, lo coloque en boca, coloque el alambre, coloque duralay, y lo destornillo, lo saco, lo veo, haber si estoy conforme lo vuelvo a colocar a veces hay exceso de duralay se elimina para observar como ajusta, luego creo un espacio para el silicón, también se puede colocar el silicón, antes de atornillar el macho de la prótesis, pero el silicón se puede meter en las cofias (es mejor directamente).

Esto fue el primer caso que hice y no fui tan inteligente, primero realice los cuatro de enfrente y luego hice las rejillas, coloque silicón sobre las sillas los fusione con duralay, yo no creo en colocar un portaimpresiones muy grande en la boca, todo lo hago a nivel fijo, atornillo los machos, uno las sillas y tomo impresión completa y posteriormente la encajono y la vacío en cada fase de la odontología.

Tengo dos técnicas, yo realizo todos los vaciados, en un principio cuando comience con la oseointegración, realizaba todo el trabajo de los primeros casos, después les enseñe a mis técnicos, realice el encerado, el vaciado y el pulido; puedo tomar esto y no va a pasar nada, coloco las tapas, me sercionó que no interfiera con el silicón, coloco acrílico en los dientes que tenían

las coronas, para que a la hora de transferir el modelo no se fracture; puse un tornillo para que tuviera retención, todo en mi consultorio se encajona y se vacía con yeso de alta precisión.

Tengo una replica perfecta de la boca en la cual obtengo mis relaciones, recorto las sillas, ahora estoy listo para ver la relación céntrica y la vertical.

Es muy importante que relaciones la R.C, y D.V; en oseointegración al igual que en denticiones naturales, no creo que salga por si solo, no se debe manejar de otra manera comparado con los otros casos de prótesis, por ejemplo: yo realizo de 50 a 100 trabajos en mi consultorio, son bastantes restauraciones, me volvería loco si tuviera que desgastar y tratar de ajustar. A lo largo lo que realizo quiero que este bien hecho y que sea como yo lo quiero antes de que se termine y por supuesto antes de que se glasee; tengo que obtener buenos registros de R.C y D. V. que pueda transferir y trabajar.

Ahora que es lo que hago en prótesis fija, cuando tengo todos mis metales conectados gradualmente hago una cofia de los provisionales porque establezco la R.C. y D.V. y con los provisionales a la altura que yo quiero que tenga el paciente. El músculo es un área donde es peligroso conectar un error, quiero que la musculatura se adopte durante el período intermedio para que cuando yo coloque el caso terminado el paciente no se tenga que acostumbrar a su nueva prótesis, la peor cosa es que el paciente se sienta incomodo, y uno le diga es que se tiene que

acostumbrar. En mi opinión no creo que sea la manera científica de llevarlo a cabo.

Entonces a mi me gusta llevarlo todo en el período intermedio, por eso fabrico cofias de los provisionales del paciente, poco a poco los voy rellenando con acrílico blanco, porque creo que tenemos un mejor criterio cuando vemos que los dientes blancos en vez de utilizar algo rojo, aunque cuando vacío utilizó duralay; realizo una cofia sobre las cofias transfer ahora voy a la boca y voy a D.V. quizá no utilice todos los tornillos, a veces utilice un tornillo de oro, si es que todos los tornillos estorban puedo colocar 4 ó 2. Ahora bajo la altura hasta donde es la D.V. o donde a mi me gustaría que estuviera; obviamente si tengo dientes restantes de una sobredentadura es más fácil, porque yo puedo utilizar las corona como topes y las puedo medir para ver si tengo la misma altura que en la sobredentadura, pero eso no quiere decir que ahí la tenga que dejar, depende si me gusta o no me gusta y luego lo puedo ajustar en el modelo y le puedo agregar acrílico alrededor, desgasto en los anteriores y agrego a los posteriores y los llevo a la boca; todo esto esta en prueba de bizcocho porque se que los únicos correctos son los 4 anteriores, se que no ocluirá en posterior y le agrego acrílico y que cierre el paciente; ahora tengo una reproducción exacta de R.C. y D.V. que yo deseo. En mis casos más recientes en esta fase realizo provisionales para revisar, que esté satisfecho con la relación para que el paciente se sienta agusto y la utilice. Estoy

satisfecho con R.C. y D.V. y lo puedo checar de cualquier manera. La D.V. es una área muy difícil de explicar, la mayoría se basa en el conocimiento y el sentido del operador, yo les enseñare un instrumento que utilizo como guía para ayudarme a revisar, si me gusta la vertical.

Entonces yo trato de obtener la D.V. que sea más apropiada para el paciente, después tomo una mordida en cera y la llevo al articulador, la puedo revisar a cada rato, agregando duralay, en caso dado y lo puedo llevar a boca. Dejar que el paciente lo use por un momento, que se siente, que se pare, que hable con ella, así te das una idea de como se va a ver el paciente y si le gusta. Esto se puede revisar cuando se termina el caso, pero yo lo hago con duralay y cofia en el intermedio. Esto es algo muy útil. El Dr. Nibleman de Philadelphia diseño; éste analizador métrico craneal, y se basó en la medición de cráneos y encontró que si tomabas éste instrumento desde el tragus de la oreja y la depresión orbitaria obtienes una medición y si tomas esa medición y la volteas y hay una guía diferente del otro lado y lo mueves y lo colocas en el mismo número; por ejemplo, 23 ó 27 mm, que en ese punto cuando el paciente esta en R.C. lo colocas en la porción ósea de la nariz y la porción prominente de la sínfisis; ésta sería una medición correcta y si la mordida fuera cerrada habría un espacio, yo utilizó esto como un punto de referencia, yo no digo que utilizó éste instrumento como una decisión final, pero yo no conozco de otra cosa que pueda utilizar

y sea disponible, esto me da un buen inicio; no les tengo que decir desde el punto de vista clínico el porcentaje que he obtenido ha salido correcta la relación. Encontré en mis casos desde hace 15 ó 20 años la mayoría estuvieron bien, ahora yo los encero todos con duralay, para que no tengas la cera regada, esto es mi primer caso donde utilicé un conector de plástico y los uní, se envistieron; en ese momento descubrí que no lo volvería hacer, que lo seccionaría en medio, prefiero unirlos soldándolos, porque creo que es muy grande. Es lo mismo que cuando tienes una prótesis de 6 unidades y tienes una curva muy grande nunca obtendrás puntos exactos de unión. Generalmente se seccionan en medio y luego reconectan debido a las fuerzas de contracción al enfriarse. Aquí tenemos todas con bolitas, no importa como lo realices, coloco los dientes sobre el esqueleto metálico y lo proceso con biolon, lo llevo a boca, no he realizado nada con este caso. Lleva 5 años en boca pero éste es mi primer caso.

Hay otra cosa cuando éstas apretando o atomillando, si realizas cualquier trabajo de mecánica o carpintería no va uno y después otro, si no que atomillas al parejo todo, es como en los aditamentos de precisión el hecho de que hayas fabricado la prótesis que se coloque y se retire, no me impresiona si no, como se introduce, es con las prótesis fijas, debe entrar suavemente y no difícilmente, es lo mismo con éste caso, primero atomillas uno poco a poco y después otro y así sucesivamente, al término de atomillar, los revisas que estén bien atomillados, para que no

exista la posibilidad de que un lado quede más abajo o más arriba. Yo proceso sobre oclusal para obtener la mordida. Ahora, ¿cómo cierro los hoyos? Cuando yo empecé era lo que me preocupaba más, porque como dije anteriormente practicaba enroscando pónicos, pense que había encontrado la solución a todo, íbamos a colocar los pónicos y los sacaríamos cuando quisiéramos, todo fue muy bien; hasta que descubrí que los tornillos se fracturaban y se doblaban y que los materiales en esos días no eran lo suficientemente buenos, no funcionaban y me preocupaba, cuando comencé con implantes. Yo no quiero que nada toque las cabezas, porque yo sé que hay bastante presión en la boca y que existen muchas fuerzas, lo que me preocupa es como voy a sacar éste caso si lo requiere, hay muchos que dicen que si lo puedes sacar; pero yo provengo de una escuela donde yo me preocupo hasta que no lo pruebe, es cierto, ahora lo saco y lo retiro y no hay nada, pero es fácil aplastar una de las cabezas, no comprendo porque no fabrican los tornillos de materiales más duros, porque si uno llega a dañar la cabeza del tornillo no lo vuelves a utilizar, no tomes ese riesgo; porque siempre quieres tener esa facilidad sin preocupaciones de poder retirar ese caso. Entonces lo primero que hago cubro cada cabeza con una torunda de algodón para que nada este en contacto con esa cabeza, y luego lo cubro con gutapercha y después con composite; si se llega a caer el composite lo puedo reemplazar, le digo al paciente esto. Lo principal es que prefiero colocar una capa delgada de

composite que quizá se caiga pero aun tengo la gutapercha y el algodón, porque yo he retirado casos y ahora especialmente cuando les enseñe como realizo mis provisionales fijos y los casos se vuelven más fáciles y bonitos, puedo revisar todo antes de cualquier caso, estoy utilizando las cofias usuales y los tornillos y no quiero problemas en quitar y poner por eso prefiero serciorarme que tengo el suficiente algodón y gutapercha y encima el composite; obviamente la idea del composite es que se sepa hasta donde abarca, para que cuando quieras sacar el caso sea rápido, no es muy inteligente en mi opinión ni estoy criticando a personas cada quien tiene que hacer lo que uno siente que es correcto, pero pienso que es un error; vamos a enterrar uno ahí, en caso de que algo malo suceda y después dejarlo ahí; porque cada vez que entierran a uno a mi me daba la idea de que no lo habían colocado bien, por eso lo habían enterrado. La clave del éxito es; no hay problema si tienes un caso realizado y algo sucedió lo cual no estás feliz, pero puedo destornillar todo el caso y colocar otro implante, volver a colocarle y dejar que cicatrice; entonces no hay razón de colocar implantes que no sean necesarios, aquí le colocaron uno y se lo dejaron; y le pregunté al paciente si quería que se le cubriera y al paciente no le importó, después de que pasan por la fase quirúrgica, no están deseosos de volver a realizar otra cirugía y ellos lo dejan así. Lo bueno de este sistema es que puedes agregar un implante 5 ó 6 años después y fácil de relacionarlo con lo que estas haciendo, la idea

de que si sale algo mal puedes compensarlo con coronas telescópicas o coronas totales, esto ocurre en puentes fijos; por ejemplo, quieres restaurar un caso de 10 a 15 años el paciente no quiere pasar por el tratamiento traumático; no los culpo tampoco yo me sometería a eso, nadie quiere estar en el sillón por mucho tiempo. En un puente es fácil retirar la porcelana y puedes hacer un puente que vaya por encima de esta; lo que haces es parchar la zona; por eso me gusta la idea de cubrir en los puentes fijos, voy hacer este caso un poco diferente, porque si lo realizó en boca tengo un espacio muy grande y como voy a unir con el duralay cuando tengo dos pilares de un lado y tres del lado derecho con un espacio grande en medio, nunca pensaría en colocar una masa de duralay y colocarla, porque es fácil irritar los tejidos blandos con el calor del duralay cuando endurece; entonces tomo una impresión con alginato, tomo los tornillos y se les quemo el duralay sobre ellos, se colocan sobre el modelo con cera pegajosa; nada más quiero tener el suficiente duralay que puede conectar cada pilar y después tomo la dentadura anterior del paciente y lo relleno con duralay y ahora tengo las sillas (rojo) y gradualmente me regreso desde el último pilar aprox. 15mm. pero en el caso final trato que sea 13mm y en anterior en el modelo pongo una masa o lo recubro para unirlo y lo recorto en medio, y al llevarlo en boca cada uno es individual, excepto los centrales y laterales de este modelo en duralay los cuales son conectados a los transfers de uno y otro lado, hago un pequeño orificio para

colocar un alambre, luego los uno y tengo como resultado que todos los pilares están unidos, estando como una sola pieza para colocar y retirar de una sola intención, tengo las sillas (pónticos) en posterior, no deajo que toquen. Luego lo destornillo, retiro los excedentes si es que estoy muy cerca o muy próximo a la encía, coloco silicón, ahora tengo silicón alrededor del duralay y así lo puedo colocar y retirar y se que nada lo va alterar; ahora tengo una impresión más o menos bien, el silicón toma la impresión de los tejidos y parte de las hembras, por si quiero que mi modelo llegue hasta ese punto y todos dicen que debes alejarte de la encía pero la clave es que tienes que dejar entre la terminación de lo que haces y la encía para que el paciente pueda lavarse. En mi opinión no tiene que ser toda el área de los pilares, solamente deben ser lo suficiente para la higiene, y si el paciente no lo puede mantener limpio lo puede retirar más, pero la clave es entre más estético lo pueda hacer más feliz esta el paciente. Yo les digo a los pacientes que si ellos quieren 100% de estética entonces me dejen hacerles una dentadura, porque yo le haré una dentadura perfecta; quizás no puedas comer con ella y no estarás muy feliz con ella pero si esa es la preocupación principal entonces hay que pensarlo; por ejemplo, yo quiero que la preocupación principal del paciente sea: ¿Qué tan cómodo puede comer cualquier cosa?, pero si me enfoco a la estética quizás me regrese a la manera en que se colocan los implantes y yo no quiero atraparme en algo que se realice por otro o quizás lo que

requiera la boca y por la anatomía que el cirujano no se puede ayudar a si mismo, porque entre más casos realices vas ha observar que los implantes no entran como uno quiere desde el punto de vista estético, por eso me enfoque a resanar, ahora quizás quieras medir; por ejemplo, yo medí la dentadura existente del paciente para obtener la D.V. y luego marco mi línea media para ponerla sobre el modelo porque al montarlo no le puedes guiar por los dientes anteriores inferiores, porque no todos tienen sus dientes anteriores inferiores que coincidan con la línea media, lo que si quiero es que los centrales superiores queden centrados; mi filosofía es simétrica, yo trato de colocar los centrales exactos y los dos laterales exactos en cuestión de altura, forma y altura de encía, también quiero hacer casos de estos con oseointegración: primero marco la línea media, tomo un registro en cera y monto el caso. A mi no me gustan los materiales elásticos para tomar la relación, porque la mayoría de las veces el material que utilizas es más exacto que el modelo contrario que tomaste con alginato, entonces no puedes obtener una relación que sea exacta porque los modelos no entran adecuadamente, y lo monto, éste es el modelo maestro, lo encero y como ven primero utilizo el duralay y luego utilizo la cera para obtener lo que quiero así es poco probable que se distorsione si es que no tienes un cuerpo vígido.

Como ven primero coloco el duralay y lo semiquemo, para que no se derrame por todas partes. Los uno con duralay y luego

uso la cera para obtener lo que quiero. Así hay poca probabilidad de que se deforme.

Coloco los cueles y los vacío, aquí coloco los dientes con cera, luego tomo impresión para los dientes, no importa el material que uses. Aquí estos fueron Biolone, si usara acrílico lo primero que haría sería colocar los 6 anteriores y ponerlos en la olla de presión, porque no tengo que revestir. Después de sacar los dientes de la olla de presión los pruebo en el paciente y me aseguro que me gusten, asegurarme de que no he cometido algún error, asegurarme que tengo la dimensión vertical correcta, la línea media que este bien, asegurarme del largo de los dientes para el borde incisal y la línea de la sonrisa. Me gusta que se vea sólo el borde cuando el paciente está en posición de reposo. En este caso no me afecta en nada revisar todo porque no tuve la dificultad de revestir y sacarlo de la mufla. Entonces reviso todo que este bien y que estoy satisfecho y continuo el caso. Esto es como se ve en boca.

Ahora si tuviera que realizar esta rehabilitación, les mostrare el caso, yo nunca dejaría que se viera tanto metal; porque mi overlay lo cubriría, porque si el paciente se sonríe no se vería de todos modos, pero si se viera se vuelve un problema. (No es una buena diapositiva pero si se ve.)

Me gustaría hablarles de como realizo hoy en día, ya saben de aquella vieja historia que uno aprende a caminar antes de correr. Hubo unos casos en donde yo no estaba feliz con la

estética, no me estaba gustando como elaboraba los casos, porque no iban con las cosas que yo había hecho toda mi vida, y empecé a pensar, que tal si me meto en coronas telescópicas. Lo primero que obtengo es una mejor estética, No me voy a limitar por la vía de inserción del tornillo porque la vía de inserción depende del largo del desarmador (para atornillar los tornillos) y la angulación que tienes que usar; no necesariamente tener un fijo donde va un tornillo. Entonces yo decidí que puedo recortar la subestructura de cualquier manera que yo quiera, siempre y cuando los inlays estén seccionados.

Y eso fue lo que yo decidí hacer y por segundos pensé que tenía una gran protección para las cabezas porque no voy a tener ningún metal que lo toque y voy a tener un espacio en el cual yo coloco una torunda de algodón y gutapercha, encero mis coronas sobre esto. Quería usar metal-porcelana y admito que, donde yo fuera la gente decía que no se podía usar metal con porcelana, y empecé analizarlo, pense; yo he realizado coronas estéticas (Veneers) en acrílico toda mi vida y cuando salió a la escena las coronas metal-porcelana había una gran cantidad de enfermedades periodontales en casos terminados, y todos culparon la dureza de la porcelana, pero no era la dureza de la porcelana sino el manejo inadecuado de la porcelana y el miedo de que se fracturara la porcelana, que todo era masivo y el resultado fue que todos los vectores laterales por el manejo causarían el fracaso; por eso yo fabricó las coronas no abultadas y

obtengo duración de la restauración. Entonces yo no voy a escuchar a todas las personas de que no utilice metal-porcelana porque si veo cualquier problema retiro el material estético y coloco acrílico. No importa que uso, pero aún estoy utilizando las overlays. Por eso no creo que la porcelana sea tan dura, además ya lo vi por muchos años. También pensé que tenía una manera más fácil de repararlo si se fracturaba la porcelana, yo sé que hay mucha gente que da conferencias y que nunca tienen fractura de porcelana. Yo les digo, que yo no soy una de esas personas. A mí si se me fractura la porcelana y no conozco a alguien que verdaderamente no tiene fracturas de porcelana, al menos que no hagan muchas coronas de porcelana.

Eso es parte del juego, es la misma manera como realice los acrílicos y tenía un caso donde se desgastaba, pero 40 casos donde estaban bien las restauraciones, y la que se desgastó estaba fea y era un problema. Así que, la fractura definitivamente es un factor, pero si tengo overlay las puedo retirar y puedo volver a hornear y cementar y quizás hacer un provisional para que el paciente no se vaya así.

Tuve un caso donde una mujer se cayó y se fracturó los dos centrales en superior. Ahora, ¿cómo voy a repararlo?, si es acrílico; es hora de parchar. Puedo procesar algo, pero es demasiado tiempo así que, yo lo que hice fue retirarle el puente y volví a hornear, así se vuelven las reparaciones más fáciles. Esto es lo que me molestaba, vino un paciente, creo del Perú, no fue

de Argentina, este es un hombre que se le colocó implantes en Argentina y la boca era un desastre y también lo que le había pasado al hueso. Y me fue a ver y le dije que no sabía que se podía hacer y le dije al cirujano que limpiara todo y lo limpio y colocamos una dentadura y se regreso a Argentina. Creo que a el no lo voy a volver a ver. Y después de un año regreso y aunque el hueso estuviera en pésimas condiciones y era un hombre ya grande, a el no le importaba como se veía, sólo quería algo para morder. Entonces hable con el cirujano y decidió colocar una nueva, obviamente uno puede hacer cuantos pilares quieras y una cosa que no quieres que el cirujano comprometa la manera en como colocar los implantes; prefiero comprometer la prótesis y ajustarme en vez de dejar el implante que fracase y que fracase el caso. Por supuesto él colocó los implantes y cuando fui a restaurarlo me metió en problemas porque esto sería el resultado; ahora si yo restaurara esto en una mujer o en un hombre, creo que tendría que salir de la ciudad No sólo existe vanidad en las mujeres también en los hombres.

Y pueden ver que para llegar a los agujeros (entradas) de los tornillos tengo todo afuera y como resultado cuando lo coloco en boca lo tengo que cubrir con resina; y esto no me gusta, porque se ve tan antiestético. Y este fracaso me puso a pensar en que podía usar técnicas overlays, y yo vi muchos casos en libros.

Aquí esta otro caso donde dejaron un implante y no lo usaron, yo no haría eso, yo lo utilizaría . Ahora yo tengo un

espacio grande y voy a tratarlo un poco diferente, voy a conectar los tres del lado izquierdo y los tres del lado derecho; aquí yo utilice un poco de alambre de ortodoncia, en realidad usaría un hilo. Todos están pincelados con duralay, y están conectados; luego los quito y los pongo para asegurar que toma impresión del hombro y repetir que tan importante es cerciorarse de que estén bien atornillados las cabezas, para asegurar que asientan bien, luego pincelé el otro lado. Ahora no quiero perder tiempo en boca, porque saben que el tiempo es muy importante, entonces tome una impresión rápida con alginato y luego sobre el modelo conecte los tres y no tengo que preocuparme porque son exactos y fabrique una conexión con duralay y al mismo tiempo le agregue sillas. Así que tenía una sección hacia un lado y la otra sección al otro lado. Luego los retire y los revise; y si ven en este paciente le deje el segundo molar izquierdo y un segundo premolar superior derecho y si tocaran el himno de U.S.A. el diente se levantaría y se iría. Entonces casi puede lograr retenerlo al terminar el caso, pero se me fue y eso era para un puente overlay.

Ella llevo con un puente y eso lo use como provisional. Fabrique al otro lado y lo único que tenía que hacer es conectarlo en boca. Asegurarme que estuvieran bien apretadas las cabezas y conectarlos con duralay. Puedo tomar impresión con silicón, de los tejidos blandos, lo saco y se que estarán los tres perfectos y tengo una buena reproducción del segundo molar por si lo llevo a

utilizar. El cual si lo use para acercarme a lo que el paciente tenia como restauración provisional anteriormente. Si quiero abrir la D.V. yo quiero hacer la decisión y quiero saber que la estoy abriendo y cuando la estoy abriendo yo soy el capitán del barco, pero yo no quiero abrirlo porque el laboratorio abrió la D.V. o porque cometí un error o porque no tenia una guía, eso es imposible de restaurarla sin saber cuanto de la D.V. vas a restaurar. Entonces en algún sitio deberás tener control y después si quieres abrir la D.V. el operador tendrá el privilegio. Entonces deberás tener un punto de comienzo y el comienzo es lo que el paciente trae puesto. Coloco los análogos cabezama-chos en sitios, por supuesto han visto que cuando tomo una impresión como ésta recubro las entradas de los tornillos. Luego es fácil de colocar los tornillos y así asegurarme que asienten los tornillos porque si no asientan el caso no queda. Ahora quiero revisar la D.V. antes de continuar, recorto un pedazo de los overlays del paciente. Notan donde esta la flecha; yo coloque ese aumento y eso es mi D.V. y eso es lo que trae el paciente ahora. Es cierto que cuando termino tengo que volver a probarlo y así por lo menos se donde estoy y puedo agregar duralay, cuando tengo la D.V. que quiero y sostengo esa D.V. Entonces este es el punto de comienzo para este paciente. Ahora voy y lo reviso, quizás quiera abrir la D.V. o quizás no, pero me da mucha satisfacción cuando obtengo la D.V. y uso este medidor cefalométrico y esta bien, estoy muy feliz porque me da más

confianza en una área donde se basa en trabajo de adivinar o de capacidad del operador o conocimiento del operador o cualquier otra palabra que quiera usar. Pero es muy difícil decir a otras personas como obtenemos la D.V. y esta para mi funciona muy bien. Ahora lo reviso y puedo montar el caso. Ahora como fabrico el metal hoy en día. La odontología es como una rueda unas cosas se van y después ya se fueron y regresan. Eso es lo que hago ahora, lo que hice; cuando realizaba Veneers de acrílico; cada Veneer que hacia yo enceraba una corona completa y después recortaba los excedentes, casi no había excedentes porque era parte de el diseño. Entonces cuando realizó unidades o telescópicas o cualquier nombre que le quieran dar hasta éste momento, ahora yo encero los casos como coronas completas porque la llave del éxito de porcelana a metal es como diseñas en metal y si voy a fingir u obtener todo lo que puedo con coronas telescópicas, ahora tengo que pensar en algún momento que pueda suceder, poner la cara distal sobre en medio de la restauración.

No voy a estar limitado por los pónicos si no nunca voy a tener una simetría. Tengo que hacerlo de manera donde me da un mejor resultado estético. Entonces conecto todo con duralay y lo monto y luego procedo a encerar al menos que este muy débil ; primero coloco duralay, pero tengo una base de duralay y tengo coronas completas hechas en cera. Luego mi técnico me lo da para que lo revise; si me gusta donde está la línea media y si me

gusta el ancho de los centrales, de los laterales. Muchas veces; no es que hable mal de los técnicos, yo tengo un buen técnico, pero ellos no ven al paciente. Y los técnicos son algo diferente de los ceramistas; porque no estamos tratando con ceramistas; sino con los que fabrican el metal, ellos no tienen el mismo tacto para la estética o conocimientos de odontología. Su preocupación principal es que se vacíe bien, que ajuste bien; eso es su trabajo. Entonces yo puedo permitir que ellos tomen una decisión con respecto a la estética en la odontología, y por eso yo encero las coronas completas y así les puedo indicar que adelgacen un poco los centrales o hacer más anchos los laterales o quizás haya un problema con los caninos y tendemos que ampliarlos, y muchas veces le hablo a mi ceramista y que el lo vea antes. En ese momento que ya estoy satisfecho con ello es fácil. Tomas una fresa de diamante y creas suficiente espacio, paredes paralelas y con un hombro en lingual para dar espacio al overlay. Para que la subestructura este diseñada o preparada para recibir la sobre estructura y si no haces eso habrá un fracaso. Y ven que en donde tengo problemas yo puedo recortar, les enseñare en otro caso un poco mejor, después de recortar y después del vaciado, recortado y pulido; y después de probarlo en boca hacemos overlays (como carillas) sobre los metales. Generalmente las hago de tres unidades, no hago coronas individuales porque lo más difícil en boca es la adhesión de metal a metal. Hay maneras de como sostenerlo en boca pero luego no

los puedes retirar y yo quiero una técnica donde yo pueda sacarlos. Entonces la llave del éxito es tener paredes paralelas y hacer la subestructura lo suficientemente larga, por eso en mi primer caso fracase y tuve que hacer coronas totales y lo hice por vista simple y no estaba satisfecho. Pero si hacen coronas totales y solo recortan hasta donde necesitan para el metal y porcelana y tienes suficiente debajo de esto para la retención; porque si tienen un pilar delgado a la hora de recortar no tendrás tanta retención. Aquí están tres secciones. Ahora con la porcelana vez que es un mundo nuevo. Como se trata de hornear la porcelana puedes hacer lo que quieras con la porcelana y ahora puede cumplir con lo que el paciente quiere.

Este paciente no dio indicaciones de como quería sus dientes de enfrente. No es mi decisión colocar mi estética en ella, ella esta en todo su derecho, mientras yo piense que no se ven mal y puedo ponerles mi nombre, pero no estamos discutiendo eso. A veces hay pacientes que dicen si se puede alargar un poco, lo quiero más cuadrado, eso es lo que quiero; y con la porcelana lo puedo hacer fácilmente porque tomo la porcelana, le agrego y lo horneo. Pero si es con acrílico estas en un gran problema. Yo agregaría cuando uso acrílico, pero los colores no son iguales al estar aumentando, especialmente si son los centrales y hay más involucramiento; y con la porcelana solo se hornea. Entonces, noten aquí en la parte superior izquierda el segundo pilar que el margen esta quizás 3mm debajo de la cabeza del implante y lo

demás se desliza hacia lingual, porque no me tengo que preocupar excepto de tener suficiente pared para cubrir la cabeza del tornillo, la torunda de algodón y la gutapercha.

No tengo que preocuparme por la vía de inserción, porque una vez que retire la overlay no hay nada que interfiera y puedo utilizar el desarmador más grande y hacer lo que yo quiera. Pero ahora puedo diseñar que el overlay que esté más adentro, de lo contrario a como antes que lo pudiera restaurar. Ahora el canino no está salido, lo cual hubiese tenido que hacer y como les dije antes sólo tengo que repetir un caso que hice porque se ve salido un diente, y no lo culpo, porque cada vez que usa bile, hay bile en ese canino salido y esta dañando el tejido blando porque hace presión. Y si uno lo piensa en la odontología uno no puede combatir a los músculos y vas a pagar un precio, no solo es que estén apretados los tornillos, es cuestión de las fuerzas sobre ellas. El ejemplo que me gusta dar son en los anteriores superiores, yo realizo muchos de estos, las personas que han realizado bastante odontología les ha pasado por lo menos una vez; si no, son suertudos.

Colocas jackets de seis unidades y piensas que están muy bien y el paciente y dice "Doctor amo éstos dientes, están tan bonitos", se va a casa y luego regresa contigo y tú con miedo le preguntas como le gustan sus dientes, el paciente dice yo amo mis dientes y a mi madre, a mis vecinos, a todos les gustan mis

dientes, pero, que es el pero tengo un pequeño problema para masticar con ellos porque cuando cierro puedo sentir los dientes.

Y como todos provenimos de las mismas enseñanzas sabemos que ese problema es de oclusión, y puedes desgastar esos anteriores hasta hacerles perforaciones y los puedes sacar de oclusión; y no resolverá nada porque si tienes un paciente con musculatura tensa y extiendes los dientes hasta donde toca con los labios algo fuerte, cada vez que muevan los labios, y puede ser un poco, pero ese paciente no lo tolera y que es lo que pasa que hay un movimiento hacia lingual y luego la lengua la hace hacia vestibular y que es el resultado, que se desajusten los jackets y lo que tienes que hacer es volver hacer los jackets y preparar los dientes bien. Eso sin duda nos da a conocer que tan importante es la musculatura; entonces si vas a tomar un puente fijo y si vas a colocar fuerzas sobre el; y vas a tener los músculos chocados contra los dientes porque están muy hacia labial, no importa, yo se que el día del juicio llegará, y no me importa lo que digan no puedes contra la naturaleza; ya saben ese dicho que "la naturaleza es para nosotros para mandar-ordenar, pero debe ser obedecida". Sólo hay hasta un limite de lo que el cuerpo puede aguantar, porque no puedes esconder del hecho de que se siente fuerte, si se siente fuerte, no es suficiente, si quieres tener el éxito que quieres obtener. Por eso digo que hay muchas cosas en hacer oseointegración que están relacionadas con prótesis fijas y que casi poca gente habla de ello. Es como cuando todos

empezaban hacer prótesis de metal- porcelana, la belleza de la porcelana y que luego quiere que se fije el caso, no se fijan en si queda el caso y ajusta bien, sino es que están cegados por la belleza de la porcelana. Por eso nunca cemento definitivamente un caso hasta que yo esté satisfecho, por eso no dejo que nada se interponga, y lo primero que quiero hacer es ser Doctor y para ser Doctor es salud, eso es lo primero que hago, eso es lo que me interesa principalmente y una vez que obtenga salud entonces después pienso en la estética. Por eso me gustan los provisionales que sean como los permanentes porque cuando llega el paciente yo observo donde tiene lápiz labial, veo donde está la línea de la sonrisa, como habla, porque luego hay pacientes que dicen que tienen problemas con algunas palabras, tengo problemas al pronunciarlas, y con sonidos, no puedes esconderte de eso, esconder tu cara en la arena y que cuando se termine el caso final no va estar así. ¿Como sabes que no va a ser así?. Porque así estará si no cambias algo, entonces el momento de solucionar los problemas es antes de terminar el caso. Lo peor es tener un caso terminado y tratar de ajustarlo. Ahora alguien me hizo una buena pregunta, no soy un buen lector, porque quizás lo hubiera dicho; yo pienso ¿Cómo las voy a colocar estas overlays? Porque la cosa más difícil en el mundo es metal pegado a metal. Y lo primero que hago cuando realizo una overlays, preparo un hombro en la superficie lingual de la subestructura y por supuesto tengo un vaciado en donde va a colocarse encima de

ese hombro.. Después tomo cuando se termina el caso, una fresa; generalmente una fresa de fisura y corto un surco en el hombro del overlay para que posteriormente yo pueda con facilidad colocar un instrumento y botar el overlay. Entonces dependiendo del largo de la estructura determinaría que tipo de cemento utilizaría, si tengo unos muy largos, coronas clínicas largas donde voy a tener mucha retención y obviamente voy hacer mi subestructura lo más paralelo que pueda, entonces utilizaría quizás un cemento temporal o tenerex, porque es muy rígido. No he encontrado otro material que tenga que usar, ahora si por alguna razón yo le diría al paciente que cuando realizó overlays, les digo que lo estoy cementando un poco flojo; porque así lo quiero para poder retirarlo; porque si le dices al paciente, prefiero que se afloje para que lo corrija; en vez de volver a repetir todo el caso ¿No cree usted Sra. Jones que es buena idea?. Porque ellos van a decir "No yo no quiero volver hacer todo el caso". Entonces están en tu bolso y no te tienes que preocupar si se aflojan.

Si por error, es decir realizó una preparación donde no tengo retención, entonces lo cementaría con óxido de fosfato. Pero siempre coloco ese pequeño surco por otras para poder retirarlo; y así fácilmente lo puede retirar; porque es verdad que tienes una pobre retención de metal a metal. Digamos que yo quiero colocar un caso, pero es un caso inapropiadamente construido, y quisiera no retirarlo, porque ¿que es lo peor que puede pasar?. Lo

colocan, no lo puedes retirar, lo tienes que reponer y recortas cuatro unidades y tomas una impresión, eso es lo peor que puede pasar. Debo decir esto porque conocí a las personas adecuadas cuando empecé, conocí el Dr Franklin Miller de Pihisburg, quien cambió mi vida y me abrió las puertas de lo que la odontología podía hacer, y eso es excitante que todos los días sean divertidos. Y Nunca olvido lo que me dijo "Tienes que desarrollar una actitud si vas a realizar éste tipo de restauración mayor en odontología". Tienes que obtener una actitud y ¿Qué es lo peor que puede pasar?; lo peor que puede pasar es repetir todo el caso. Eso es lo peor. No es igual como si perdieras un brazo, o si hubieras sufrido un ataque cardiaco, como si no llegaras al mañana, como si el banco embargara, como si hubiera algún enfermo en tu familia; no hay nada. Cuando una desarrolla una actitud, uno puede hacer cualquier cosa en odontología y nunca tienes miedo y nunca envejeces, y disfrutas cada día de tu vida. Eso es crítico.

La odontología en mi opinión, es probablemente la mejor profesión disponible y quizás una de las más difíciles; porque para realizar una buena odontología, uno tiene que hacer un buen diagnóstico, tienes que tener buenas técnicas y capacidad para hacerlas, y después debes tener una mente creativa para poder tener la visión de lo que puedes crear para éste individuo humano en particular. Es una forma de arte. Verán en la odontología ambos, un arte y una ciencia y hay pocas áreas en medida que

necesitan ese triparte, lo único que se me viene a la mente es la cirugía plástica, fuera de eso; creo que la odontología es muy difícil, cuando tienes una buena técnica y estas con una base sólida; cualquier fase de la odontología veras las gratificaciones y estarás satisfecho, y se vuelve emocionante. Yo no cambiaría mi vida. Tengo que decir esto con vídeo o sin vídeo, pero yo nunca he trabajado; yo me he divertido y me gusta hacer lo que hago y lo amo. Por eso hago muchos trabajos, por eso estoy feliz y saben en que se basa, yo se que es terrible que esto se grabe en vídeo, pero en mi opinión no se basa en el manejo de la práctica, se basa en la técnica y conocimientos. Cuando uno sabe hacer algo bien; entonces puedes ver al paciente, y entonces puedes escribir tu boleto a la luna y no importa en que ciudad estés; en nombre del juego es conocimientos.

Esto es como el paciente quería sus dientes y así se los hicimos; puede retirar y volver a colocar y hacer lo que quería, una ventaja maravillosa con la idea de usar overlays. Este es un tipo de paciente perfecto. Porque es un paciente que ha utilizado dentaduras por muchos años y esta infeliz con usar las dentaduras y a llegado al punto donde lo único que le importa es deshacerse de esa vieja dentadura. Este paciente será fácil de manejar desde el punto de vista emocional, y es una vía fácil de tomar. Después de la cirugía le coloque lynal en la dentadura y lo sigo acondicionando, especialmente en la parte anterior, no creo que ustedes digan que es justo que yo le diga al paciente que no

puede usar dientes por tres meses. Uno no lo puede hacer; hay personas que no intentarían esto, no es de mortalidad de reemplazar dientes. Hay pocas personas que se dejarían hacer este tratamiento. No importa lo que digan, pero al mes dirían otra cosa. Entonces yo les pongo lynamal (acondicionador de tejidos) y tenerlo lo más confortables. Lo que pase es quizás que la dentadura ajusta mejor que antes, aunque es la misma dentadura pero con lynamal. Y para éste paciente fabrique una férula, tomé impresión de la dentadura, se lo doy al cirujano, él me la devuelve; lo que me regrese de la férula; yo tengo un buen cirujano y debo darle crédito que en casi todos los casos que he realizado los he realizado con el Dr. Stanley y él es muy comprensivo y trabaja conmigo. Y por supuesto es un trabajo de equipo de dos. Si él no hace su trabajo, mi trabajo será difícil; entonces es bueno tener a personas con quien trabajar a buen nivel.

Y ésta es la férula que se hizo, teóricamente nos quedamos donde estaban los dientes cuando hizo sus angulaciones. Cuando una va a comprometer y te da un fijo que no está en hueso denso, para darle sólo estética ¿Qué es lo que va a pasar cuando falla el caso?. No puedes hablar de estética al paciente, no se le puede decir "usted quería lucir bien y por eso fracasó", yo no quisiera ir a juicio con ese tipo de casos. Tú eres el Doctor, no te puedes echar para atrás, eres el responsable. Entonces si el Cirujano los coloca a los implantes en una mala inclinación, yo trabaje con esos siempre y cuando él comprenda que él tiene que hacer su

trabajo bien. Cuando se descubren rápidamente lo primero que hago es colocar linal de nuevo y pueden ver las impresiones de los implantes que tengo y el paciente al irse se va con una pequeña dentadura overlays (sobredentadura) que ajuste más o menos bien para ser provisional. En éste caso vieron pequeñas depresiones, entonces tome una impresión rápida con alginato, obtuve un modelo rápido y coloque los transfers de cabeza, no quiero perder ni tiempo en el sillón, todo éste se realizó mientras estaba cerca del paciente.

Así yo tengo seis unidos con duralay y una silla de cada lado con duralay y todos sabemos que esta va ajustar en boca, ahora voy y los numero 1, 2, 3, 4, 5 y 6; así cuando los llevo a boca no me confundo y los secciono con un disco, y ahora tengo 6 piezas con sillas conectada a las últimas piezas. Ahora será fácil de colocarlas en boca y unirlos de nuevo con duralay. Los uno y coloco silicón y ahora tengo una buena impresión. Porque yo se que cuando vació el modelo se que va a estar casi perfecto; la única manera que pueda estar mal es por un error de vaciado, y si todo va bien, no tendré problemas y las posibilidades son que yo lo seccionaría en medio, si es que me gusta o no me gusta y lo soldó. Se vació el metal en dos partes; luego se solda. Ahora no hay error para esto y esto es como se ve y ahora vuelvo hacer lo mismo para obtener la D.V. y si notan un tornillo estorba, aquí descubrí un tornillo y coloque esto con un sólo tornillo y las cabezas de los implantes (cofias) ajusten muy bien, que un

tornillo es suficiente para tomar la D.V. y la R. C., y lo mido en todo para estar seguro y uso un cráneo métrico del Dr. Nibelman de Filadelfia. Ahora digamos que quiero que el paciente lo use por un tiempo. Quizás el paciente se va o no término el caso o yo me tengo que ir y yo no la quiero revisar la céntrica, quizás no estoy tan satisfecho con la D.V., entonces quien dice que esta bien, esto es sólo mi punto inicial . Entonces es muy fácil para mi porque ella ya usaba dentaduras y puedo tomar una cofia de oro y colocarlo sobre la dentadura, perforo la dentadura y conecto con acrílico; creo que en éste realiza tres, si tres; y ahora tengo a este paciente que sale con una dentadura permanente porque tengo tres cofias de oro adentro. Yo espero que algún día ya no tengamos que usarlos de oro, pero eso es lo que se esta usando. Ahora ya tengo la dentadura del paciente y reviso la D.V. y la céntrica y puedo colócalo en boca y de boca al modelo y viceversa. Y como resultado puedo revisar el caso. Y con éste paciente puedo hacer lo que quiere y quizás es la primera vez desde hace 20 años que puede morder un sandwich, puede masticar lo que ella quiera y ahora yo soy dueño de éste paciente, este paciente esta en mis manos, en mi bolsillo y va estar hermoso y si algo ésta mal, lo podré ver ahora. Que tal si el paciente me dice: "Si Dr todo esta bien pero cuando hablo los dientes chocan y luego no se que hacer". No quiero terminar casos de implantes y volver a hacerlos, al igual que terminar un puente de 14 unidades y volver hacerlo o parchar o desgastar.

Quiero que todo éste bien antes de terminar. Aquí sólo que algodón y gutapercha. Ahora el paciente trae eso en boca, uso esto para su medición, monto el caso y ahora encero el caso con coronas totales; exactamente como se verá el caso terminado y si no estoy satisfecho ahora es el momento de quitarlas. Ahora yo uso una diamante especial, que hace surcos o pueden usar cualquier fisura y hago surcos, 2/3 hacia adentro, si cometes un error es mejor quitar demás a no quitar mucho. Si no tendrás dientes que estén muy grandes. Pongo surcos en la cera y lo recorto y eso obtenemos como se va a ver al caso terminado; así se va a ver el caso terminado, si no me gusta este es el momento. Si yo pienso que un lateral esta muy grande ahora es momento de emparejarlo. Revisándolo ahora, así mi subestructura estará correcta, tendría que decir en todos los fracasos de metal-porcelana es el no diseñar el metal bien, saben; muchos de nosotros empezamos con acrílico y oro, y nosotros no apreciábamos de metal para metal- porcelana. Seré honesto, cuando yo empece dije que al cabo la porcelana lo va ha cubrir y todo esta bien. Eso no es cierto. Deberás diseñar el metal para la porcelana, o si vas a tener muchas fracturas y tener problemas de estética. Por eso cuando realizo un encerado de coronas totales y me aseguro de quitar lo suficiente, se que puedo regresar en el mismo resultado. A veces tomo una impresión de alginato del encerado y le digo a mi ceramista que así es como el quiere el trabajo. Esto es como lo checamos y así lo queremos.

Así es lo mismo cuando hago una rehabilitación total, hago mis provisionales tales como quiero el caso al final y tomo una impresión y le digo que así los quiero en porcelana. Quizás el ceramista le da un retoque o los define mejor. Porque no sólo les damos las cosas al técnico así por así y que el determine como serán los dientes, el tamaño, forma, contorno, no creo que eso es ser doctor. Creo el que ve al paciente, el doctor debe hacerlo, puede estar el ceramista presente para checarlo, pero deberán estar trabajando dos personas logrando una meta. Ahí están los tornillos colocados y recortados y muchas veces en los molares por bucal le pongo un surco pequeño, para darle más retención. Después definitivamente me gustan los tornillos y los atornillo y al vaciar no me gusta tener mucho metal, así que yo tengo en este lado, yo pruebo y pruebo el otro lado después lo uno con un poco de duralay y luego lo soldó. Porque yo se que en un puente de muchas unidades nunca vacío el metal todo junto, yo no creo en eso. Ahora tengo suficiente espacio digamos que no estoy satisfecho, que el técnico cometió un error, puedo tomar una fresa y quitarlo y puedo recortarlo más por vestibular porque una cosa que no me gusta es cuando lo retiro y le digo al técnico que lo rebaje para una overlay, quizás lo rebaje lo suficiente, quizás tenga miedo que se una perforación, así yo puedo inclinarlo. Así para tener suficiente espacio. Se pule, ahora voy en boca y no estoy satisfecho cuando coloco esto en boca y no ajusta; porque estos casos deberán asentarse bien sobre el hombro y eso no va a

moverse; ahí esta, la adaptación friccional de hombro a hombro. Como resultado si yo tengo el resultado donde yo presiono y hay una pequeña inclinación de movimiento o burbujas, las burbujas son otro tip, entonces yo lo secciono el metal, luego coloco duralay, éste es el momento de hacerlo, no después de haber realizado los overlays y después de terminar la porcelana. No me voy a preocupar por si no ajusta, por eso yo no apuesto, no tengo ningún problema en seccionarlo. No prosigo antes de asegurarme de tener una vía de inserción y que ven que lo seccione, y si hay cualquier duda. Saben aprendí hace mucho que es mucho más fácil hacerlo ahora. Ven un desgaste este demás hacia lingual, ustedes vieron como en la dentadura se notaba. A mi no me importaba que se viera en la dentadura provisional. Entonces para el caso final voy a desgastar lo más que pueda hacia atrás, o eso significa que si ven ahí, esta el tornillo de oro y le deje suficiente espacio para la torunda de algodón y la gutapercha y en ese momento desgaste todo hacia lingual porque hasta ahí puede desgastar, sino tendré problemas si algo le pasa al tornillo, y eso es una de las cosas que me asusta y ven como puede hacerlo hacia atrás y coloque surcos de retención por si quieres hacerlos sino, no creo que cambie nada pero, si hay dientes pequeños asó lo hago y luego hago los overlays y por supuesto no los hago todos juntos, haría mi vida más fácil, pero y si quiero regresar a la boca para checar la céntrica ahora es el momento, lo checo del articulador a boca, tomo una mordida en

cera y lo remonto y si no quiero remonto pues no lo hago. Ahora ya tengo las tres secciones. Noten que aquí esta el pilar en medio, si voy a lograr la estética que quiero porque las divisiones de los dientes me darán espacio para las divisiones de porcelana de los dientes y creo que esta odontología es mucho mejor que de como lo estaba haciendo con acrílico y dientes de acrílico. Ahí están las tres secciones y lo pueden seccionar como quieran, es cuestión de paralelismo. En los dientes anteriores con el triad (acrílico) es simple y lo puedo hacer directamente en boca y me evito muchos problemas. Ahora cuando voy a cementarlo cubro las entradas con una torunda de algodón, luego coloco gutapercha, tomo un instrumento caliente y sello las entradas y si hay un pequeño espacio no me preocupo porque el cemento lo sella, y si hago más de dos unidades el caso se cementara bien, habrá suficiente retención. Luego estoy listo para cementar el caso y así probar primero por algunos días, puedo colocar un cemento no tan duro, y usar cemento temporal, para los puentes Moyco es duro, dejo que el paciente los traiga unos días que este satisfecho y asegurarme que las sillas estén bien o si siento que todo esta bien coloco todo el caso y termino, y luego regresa el paciente solo para checar la oclusión que este bien. Por unos momentos me gustaría hablar del reemplazamiento de provisionales, porque no puedes escapar del control del paciente y cuando empece me pregunte ¿cuáles son los componentes del éxito?. Los componentes del éxito son de tener al paciente

confortable, que el paciente se vea bien y tener salud del periodonto con el puente, duración; duración con salud que se mantenga la llave del éxito a toda la odontología. Si la técnica no da duración con salud mantenible, entonces en mi opinión no es una buena técnica; porque si un paciente va por un tratamiento que les dure 5 años, son unos tontos, tienes que tener más tiempo de duración, es mucho lo que uno tiene que pasar; eso indica que uno debe de tener buenas técnicas que te dan eso. Ahora, quieres que el paciente agradezca tus esfuerzos, quieres tener un paciente que este cómodo y quieres también poder revisar una boca con provisionales. Entonces estamos hablando de provisionales de dos niveles: 1) tienes que hacer algo y encontrar que es lo que el paciente usará en el período intermedio mientras están cicatrizando, especialmente en superior, porque si el paciente va a estar así por seis meses y no se van a ver bien, ellos no les vas a caer bien; aunque les termines unos trabajos bien hechos. Siempre recordaran lo que les hiciste y los paciente no recuerdan como iniciaron, como se involucraron en esto. En la odontología luego hay pacientes que se olvidan como empezaron todo, porque ellos olvidan su motivación. Por eso en una rehabilitación total donde se lleva un año, tienes que recordarle al paciente de donde venia, como estaba y mostrarle fotos y tenerlos involucrados y mantenerlos entusiasmados para que no se aburran. Porque si no, no te van a recomendar; por ejemplo yo no necesito

recomendaciones porque a mi me los manda el dentista, pero si estas en la práctica general, ahí si te manda pacientes el paciente.

Las llave del éxito es tratarlos como humanos, tratarlos como a ti te gustaría como ellos te trataran, saben la gente se ríe (que triste) cuando doy una conferencia, estaba hablando de dientes anteriores, mencione que he tenido pacientes a los que les digo que yo puedo restaurarles sus dientes bonitos, pero al menos que no te hagas cirugía de la nariz yo no me voy a involucrar contigo, porque nunca podré tener un buen resultado y la gente piensa que es terrible, pero es lo mejor que hice por ellos. Por ejemplo, yo tuve un paciente, le dije a su madre que su hija no era tan atractiva, no le dije que estaba fea, lo cual si, pero el podía hacer bonitos jackets, y es como tomar un diamante. Lo que lo sostenga al diamante hace que luzca; no es para que luzca como vidrio, yo le explique a la madre que creo que es importante que le hagan cirugía de nariz y yo le hago los jackets, la mamá empezó a llorar, y dije ¡oh no! ya perdí este caso. Pero no, la mamá me dijo que ha ido con doctores y con dentistas y nadie le dijo que su hija se vería mejor con una cirugía de nariz.; ahora la chica es una hermosura.

Lo que trato de decir es que tienen que ver a sus pacientes como seres humanos, no como un caso, como tantas unidades , tantos puentes y luego tienes que diseñarlo para ese ser humano y tratarlos como seres humanos y los provisionales son una gran parte de ello. Cuando doy mis cursos de prótesis fija paso mucho

tiempo con los provisionales porque eso hace al paciente o lo fracasa. Como los trates y los tratas bien el paciente lo agradece, además que puedes aprender de ellos.

Así que durante la fase de cicatrización, tenemos tres maneras de elegir. Puedo usar su vieja dentadura como provisional o hacerles una dentadura, en algunos casos no hay otra porque no tienen dientes o realizo una dentadura overlay o tres una restauración overlay fija, ahora regresamos a la primera diapositiva donde evaluamos los dientes remanentes, a veces lo analizó para aditamentos precisión y siempre que llegan pienso que si puedo mantener por un período de seis meses en el cual le das al paciente algo que usar durante la fase de cicatrización.

Al menos que lleguen con una dentadura, siempre puedo encontrar algo, un diente aquí, otro acá, no me importa si va contra los principios de ingeniería, no importa si extruye los dientes, de todos modos los extraigo. La segunda fase es si realice buenas overlay, dejo que el paciente se quede con los overlays, entonces si el paciente usa una dentadura, tomo cilindros de oro y coloco dos o tres en boca y los conecto directamente en la dentadura y los enrosco; ahora puedo usar esto para lograr la céntrica y D.V. que quiero y también puedo hacer un fijo en acrílico si tengo algunos dientes en posterior. No hay duda uno tiene que consultar con el cirujano primero, y ver si puedes retener algunos dientes, pero que no interfieran a donde él colocará los implantes. Entonces cualquier diente en posterior

que retenga no interferirá y cuando hago el metal, lo pongo que vaya alrededor así para no extraerlo aún. Pero es lo mejor para tener un plan y deberás tener uno y analizarlo antes de colocar los implantes y deberás consultarlo con el cirujano. A veces le tienes que decir al paciente que trabaje alrededor de esto, porque yo tengo que estar con el paciente no tú, tu sólo colocas los implantes. Luego hay muchos pacientes que no les agrada que les pongas una dentadura, especialmente si nunca han usado una. Por eso es que se están haciendo implantes para que no usen dentaduras. Así que no les quito su motivación por eso mantengo algunos dientes, los que se puedan. Aquí esta una sobredentadura, pero al paciente se iban a colocar y luego se iria, entonces mantuve dos premolares que estaban algo movibles y los repare y puse coronas metálicas de oro y luego hice una dentadura y eso es lo que uso y estaba feliz y cómoda y no tenia que preocuparme de perder el control del paciente.

Aquí uno que hice donde mantuve dos molares y un premolar, por supuesto que no haría un puente del siete al cinco, pero si lo hice, y lo cemente, pero por mientras el paciente se veía presentable, aunque cada vez que venia al retirarlo se rompía, pero eso es parte del juego. Y si yo le dijera al paciente que fuera a enseñarles los dientes a mis alumnos, lo haría; porque tengo control sobre mis pacientes. En algunos casos; por ejemplo en este caso, mantuve el molar en la izquierda, tuve un provisional con dos dientes. Hay pacientes que llegan y dicen, no puedo usar

dentadura, me ahogo y no quiero una dentadura, quiero implantes. Como uno puede colocar una dentadura a nivel provisional. Si el paciente lo pudiera usar quizás no haría todo esto. Por eso mantengo lo que puedo para que el paciente tenga algo que ponerse para que pueda salir al público. Después de que estén los implantes no hay problemas en colocar algunas de las cabezas, atomillarlas, y si hago tres que son fijos puedo checar la D.V. y la R.C., es la dentadura provisional, este es un provisional, en una mujer que hice unas resinas sobre domos, rápidamente como provisionales, Checo todo y después puedo hacer algo permanente. Ahora el mantenimiento juega un papel importante, deberás aceptar que no todos los pacientes tienen la facilidad que hagan lo que quieres, yo a mis pacientes les pido que regresen cada tres meses como mínimo. Y al terminar el año veo que hacen un trabajo, bien los veo cada cuatro meses, y así los mantengo. Ahora lo difícil es que los limpien, porque no todos pueden y yo he encontrado que lo mejor es el suprafloss y dejo suficiente espacio para que atraviesen el hilo de bucal a lingual y usarla hacia adelante y atrás. Otra cosa que debe saber el cirujano, por ejemplo en el principio estaban muy proximales deberán tener espacio entre los pilares, yo prefiero tener unos menos y tener como limpiarlos, en vez de tener unos más sin poder limpiarlos. A veces creo que cometemos errores y colocamos muchos. Es como un carpintero, pone unas clavos de lo que se necesita. Lo importante al colocarlos es tener el acceso

para limpiarlos, y eso no deberá ser basado en unidades, se basa en lo que se va hacer.

Aquí hay un problema, donde se perdió un implante, ahora ya sin cuatro, coloco las cabezas de oro, los uno con duralay, hago un modelo maestro y hago todo el caso (encerado) en duralay, checo la D.V., esta el caso en boca, lo recorto y le doy por lo menos 2mm de espacio para el opacador y metal y porcelana, lo vacío, y uno, coloco en boca y si ven desgaste hacia lingual para meter un poco los caninos, se vacía, se hacen las overlays y se termina, la subestructura, se coloca el caso final.

No puedes huir de la verdad, no puedes huir de las técnicas, que son probadas. Deberás mantenerte en los parámetros que tenemos encontrados que sirven. Entre más precisión, entre más exacto seas, mejores resultados. Y les diré es interesante tomar algo y hacerlo bonito, hacerlo funcional, hacer a la persona completa de nuevo. Es una satisfacción muy grande, si tu puedes dar lo mejor, sin culpar a otros, si das de lo mejor. Además la odontología es divertida, es creativa y sólo quisiera que todos se divirtieran como yo lo hago, les doy las gracias; espero que para algunos nuestros caminos se crucen, Gracias.

CONCLUSIONES

A partir del concepto de oseointegración y acerca del conjunto de problemas que plantea, éste tratamiento, nos invita hacer una reflexión y tener bien claro que es lo mejor para el paciente.

La utilización de titanio puro o con aleaciones o de alúmina; la necesidad de prevenir el sobrecalentamiento óseo durante la preparación del lecho receptor; el respecto de la asepsia; la necesidad de no sobrecargar demasiado rápido los implantes, etc. Indudablemente todos éstos métodos preventivos siempre nos conducirán a buenas cosas.

Un paciente que tiene la necesidad, el tiempo, el deseo y el interés de poseer esta reconstrucción, puede ciertamente regresar a la corriente principal de la función, estética, alivio del dolor, y eliminación de la represión emocional y psiquiátrica.

Por lo tanto; sólo cuando el odontólogo asimila el tipo de información que se presenta y empieza a aplicarla; entonces, y sólo entonces, el implante dental será la corriente principal en odontología y de fácil aplicación para los pacientes así como una alternativa real y no un registro perdido.

BIBLIOGRAFÍA

MARC BERT, PATRICK MISSIKA.

Implantes oseointegrados.

Editorial Masson, S.A.

Barcelona (España) 1994.

CHARLES A. BABBUSH, D. D. S.

Implantes dentales.

Editorial Interamericana

Philadelphia, Pennsylvania, 1991.