

158
24^o



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ESTÉTICA EN PACIENTES CON
MIGRACIÓN DE ENCÍA

TESINA

QUE PRESENTA:

LILIANA FRÍAS VENEGAS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

ASESOR:

DR. MANUEL D. PLAZA ORZCO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Manuel D. Plaza Orzco', written over a horizontal line.

México, D.F.

1996





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICO ESTA TESIS.

*A MIS PADRES, POR SU
APOYO, PACIENCIA Y SUS
VALIOSOS CONSEJOS QUE
ME BRINDARON EN TODO
MOMENTO PARA CONCLUIR
ESTA ETAPA DE MI VIDA.*

*A MIS HERMANOS POR SU
APOYO MORAL Y EL BUEN
EJEMPLO QUE ME DIERON
A SEGUIR.*

*A MI ASESOR POR QUE
GRACIAS A SU VALIOSA
AYUDA Y PACIENCIA,
PUDE REALIZAR ESTE
PROYECTO.*

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

A MIS MAESTROS.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

**ESTÉTICA EN PACIENTES CON
MIGRACIÓN DE ENCÍA**

ÍNDICE TEMÁTICO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I - CONSIDERACIONES PERIODONTALES EN SU ETIOLOGÍA

1.1.- Placa microbiana	2
1.2.- Cálculo.	3
1.3.- Película adherida	4
1.4.- Materia Alba	4

CAPÍTULO II.- TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.

2.1.- Curataje abierto (técnica de Widman modificada)	5
2.2.- Gingivectomía.	7

CAPÍTULO III- PREPARACIÓN EN LA ENCÍA DE CORONAS DE PORCELANA Y METAL-PORCELANA DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTÉTICO.

3.1.- Corona "Jacket" de porcelana.	15
3.2.- Corona de porcelana aluminosa.	20
3.3.- Corona de "jacket" platinada.	26
3.4.- Corona metal- porcelana	27

CAPÍTULO IV.- CORONAS DE RECUBRIMIENTO PARCIAL DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTÉTICO.

4.1.- Coronas parciales posteriores.	33
4.2.- Coronas parciales anteriores.	35
4.3.- Cementado.	37

CAPÍTULO V.- LA ESTÉTICA EN LAS RESTAURACIONES PROVISIONALES

5.1.- Objetivos de las prótesis provisionales.	39
5.2.- Aspectos técnicos prácticos.	41
5.3.- Cementado.	47

CAPÍTULO VI.- SELECCIÓN DEL COLOR.

50

CONCLUSIÓN

57

BIBLIOGRAFÍA

58

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN.

Las dos o tres últimas generaciones de odontólogos se han esforzado por conseguir sustituir los dientes perdidos con restauraciones anatómicas, a través de prótesis fijas. Debido al respeto por la salud periodontal de los dientes pilares y de la región gingival, estas prótesis se han visto reducidas a diseños que cumplen los requerimientos funcionales y periodontales pero que a menudo sólo siguen las reglas estéticas hasta un cierto límite. En la última década este desarrollo se ha regularizado y los problemas relacionados con los materiales parece que se han solucionado. El material que se considera óptimo para las superficies de púnticos se ha simplificado y mejorado mucho desde la introducción de la prótesis ceramometálica. Sin embargo, es el problema periodontal al que no se le había dado la importancia que tiene desde el punto de vista estético el que se está convirtiendo cada vez más relevante, incluso para el odontólogo general. El dentista creativo dispone de una gran variedad de medios para ser capaz de resolver satisfactoriamente los casos más difíciles tanto en el plano funcional como estético.

CAPÍTULO I

**CONSIDERACIONES PERIODONTALES
EN SU ETIOLOGÍA**

PERIODONTO.

La estructura anatómica más importante de la cavidad oral, en lo que se refiere a la prastodoncia fija, es el periodonto. Su principal componente, el ligamento periodontal, sirve para anclar los dientes en los procesos alveolares aportando inserción, nutrición, síntesis lítica y resorción y mecanorrecepción. También es importante la necesidad de permitir una cicatrización correcta tras la cirugía periodontal. El tiempo necesario dependerá del diseño de la restauración y es crítico para la colocación correcta de restauraciones cerca del margen gingival libre.⁶

ETIOLOGÍA.

La mayor parte de enfermedades gingivales y periodontales son el resultado de la placa microbiana que causa inflamación y el posterior proceso patológico. No obstante, otros factores contribuyentes a la inflamación son el cálculo, película adherida, materia alba y residuos alimentarios.

⁶ Charer P S -Principios estéticos en la odontología restaurativa-1991.

1.1. PLACA MICROBIANA.

Es una sustancia adherente compuesta por bacterias y sus productos colaterales en una matriz extracelular que también contiene sustancias de la saliva, dieta y suero. Básicamente es un producto del crecimiento de colonias bacterianas y es el factor iniciador de la enfermedad gingival y periodontal. Si no se modifica su curso gradualmente, cubrirá la totalidad de la superficie dental y únicamente puede eliminarse mediante medios mecánicos.

1.2. CÁLCULO.

Es un depósito blanquecino u oscuro insertado en la estructura dental. Esencialmente es placa microbiana que se ha mineralizado con el paso del tiempo.

1.3. PELÍCULA ADHERIDA.

Es un revestimiento marrón o gris delgado de proteínas salivales y se desarrolla sobre los dientes después de haberse limpiado. Frecuentemente forma una interfase entre la superficie dental y los depósitos dentales.

1.4. MATERIA ALBA.

Es un revestimiento blanco compuesto de microorganismos, células epiteliales muertas y leucocitos que están adheridos al diente. Se puede eliminar de la superficie dental mediante un spray de agua o mediante enjuagues.⁵

⁵ Rosenstiel S.F. -Prótesis fija, procedimientos clínicos y de laboratorio-1991

**CAPÍTULO
II**

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Existen diversos procedimientos quirúrgicos para mejorar la eliminación de placa cuyo objetivo primario es reducir o eliminar la profundidad de bolsa.

Dichos procedimientos son:

2.1. CURETAJE ABIERTO. (Técnica de Widman modificada)

Es un procedimiento quirúrgico diseñado con el fin de obtener un mejor acceso a las superficies radiculares para el desbridamiento y alisado radicular completo.

Técnica: En las superficies bucal o lingual de los dientes mandibulares se hace una incisión biselada interna mínima. Sobre las superficies palatinas de los dientes maxilares se practica una incisión biselada interna festoneada. Segundamente se adelgaza el colgajo palatino y se elimina el tendón subyacente. Los colgajos resultantes se reflejan mínimamente, pero lo suficiente para permitir el acceso al desbridamiento completo de las

superficies radiculares y la desgranulación de cualquier lesión ósea del campo. No se hace resección ósea, excepto cuando sea necesario para colocar correctamente el colgajo. Seguidamente se procede a la coaptación cuidadosa de los colgajos y se suturan de forma que la cicatrización se produzca por primera intención.⁵

Instrumental:

Existen muchos instrumentos disponibles pero bastará como equipo corriente un número mínima de instrumentos de múltiple propósito.

El equipo debe incluir:

- Hojas descartables de Bard-Parker N° 12B y 15.
- Bisturís de Orban 1 y 2
- Elevador perióstico.
- Cinceles finos de acción invertida y curvo
- Pinzas para tejidos del tipo Adson.
- Separador de Minnesota.

⁵ Rosenzweig S.F -Prótesis fija, procedimientos clínicos y de laboratorio- 1991

- Cuchillas de Oiler-Wood de 15°
- Tijeras finas

Hemostato mosaiato y curetas de Prichard N° 12 y cámara N° 4R y 4L
 Curetas grande y pequeña más espina bucal sonda terminal para anestesia

Material:

- Sutura de seda
- Gasas
- Muchas veces se puede utilizar apósito quirúrgico

2.6. GINGIVECTOMIA.

Es la extirpación de la encía enferma e hipertrofica, esencialmente consiste solo en la resección de la encía hipertrofica, se puede aplicar para el tratamiento de las bolsas supraoseas

- John F. Prichard-Diagnostico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica - 1992

Técnica: Consiste en el establecimiento de puntos de sangrado en la base del surco gingival con un marcador de bolsa o una sonda periodontal que sirva como guía para el recorte gingival. La incisión inicial se hace hasta estos puntos de forma biselada con cortes continuos firmes del bisturí de gingivectomia. El tejido interproximal se libera por disección aguda y se elimina.

Tras el alisado radicular vigoroso de las superficies dentales nuevamente accesibles, se aplica un apósito quirúrgico para protección y hemostasia; se deja en boca durante 7 a 10 días. Cuando se elimina, se reanuda inmediatamente los procedimientos de higiene oral.

Un buen diseño del colgajo, incisiones trazadas con habilidad y suturas cuidadosas. Promueven la rápida curación con buena forma posoperatoria de los tejidos blandos.⁴

⁴ Rosenstiel S F -Protesis fija, procedimientos clínicos y de laboratorio-1991

Instrumental:

- Hoja de bisturi N° 11 o 15.
- Bisturi Orban
- Elevador periodico
- Tijeras finas
- Espejo bucal.
- Curetas grande y pequeña
- Sonda
- Jeringa para anestesia.

Material:

Una aguja estampada con sutura de seda o plástica sera lo utilizado, pues el onificio que produce es menos dañoso para el aporte vascular al colgajo
Apositos periodontales básicamente existen dos tipos los que contienen eugenol y los que no lo contienen.

Ejemplos de los apositos sin eugenol se pueden citar el Coe-pak y el Hydrogenated Fat Packe *

* John F. Prichard-Diagnostico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la practica-1982

CAPÍTULO III

PREPARACIÓN EN LA ENCIA DE CORONAS
DE PORCELANA Y METAL-PORCELANA
DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTÉTICO

El campo de la prótesis fija abarca desde la restauración de un único diente hasta la rehabilitación de toda la oclusión. Un diente aislado puede ser restaurado hasta su completa eficacia funcional o hasta alcanzar un mejor efecto estético.

Se debe realizar un completo estudio de las condiciones dentales del paciente, teniendo en cuenta tanto los tejidos duros como los blandos. Este estudio se tiene que relacionar con su salud general y con su psicología.

Cuando se examina una boca hay que prestar atención a diversos aspectos. En primer lugar, a la higiene oral en general. ¿Cuánta placa bacteriana se observa en los dientes y en qué área? ¿Cuál es el estado periodontal? Debe tomarse nota de la presencia o ausencia de inflamación, así como de la arquitectura y del punteado gingival. La existencia de bolsas, su localización y su profundidad deben quedar igualmente el grado de movilidad de las distintas piezas, especialmente de las que puedan tener que servir de pilares.

La cantidad y localización de las caries en combinación con la capacidad de retener placa pueden dar una idea del pronóstico y del rendimiento probable de las nuevas restauraciones. También facilita la elección del tipo de preparaciones que van a convenir.

Mediante la porcelana y el metal porcelana se pueden reemplazar amplias zonas de estructura dental ausente, al mismo tiempo que dejar protegida la restante. Se puede restaurar la función, y cuando convenga, conseguir un agradable efecto estético.

La estética debe ser tomada en cuenta si el diente a restaurar está en una zona muy visible o si el paciente es muy exigente en cuanto al efecto cosmético. Si se precisa un recubrimiento total, lo indicado será la porcelana en algunas de sus formas. El metal porcelana se puede usar, tanto en restauraciones unitarias anteriores o posteriores, como en pilares de puente. La porcelana sola (en forma de corona jacket) suele quedar restringida a los incisivos.

El control de la placa en las restauraciones cementadas, para tener éxito, exigen la instauración y el mantenimiento de un buen programa de control de placa. Si en la boca coexisten extensas placas con descalcificaciones y caries, el diseño de las restauraciones debe ser hecho teniendo en cuenta aquellos factores que puedan facilitar, a su portador, el mantenimiento de la adecuada higiene.

Para crear un medio ambiente que frene el proceso patológico responsable de la destrucción de las estructuras dentarias, el paciente debe ser instruido en los métodos de cepillado, en el uso de la seda dental y aconsejado en la adecuada dieta.

Esto deja tiempo al paciente para aprender y demostrar una buena práctica de higiene bucal.

Los tejidos de sostén que rodean al diente pilar, deben estar sanos y extensos de inflamación antes de que pueda pensarse en una prótesis. Las

raíces y las estructuras que las soportan deben ser valorados teniendo en cuenta tres factores:

1. La proporción corona-raíz
2. La configuración de la raíz
3. El área de la superficie periodontal

La proporción corona-raíz es la medida, desde la cresta ósea alveolar, de la longitud del diente hacia oclusal, comparada con la longitud de la raíz incluida en el hueso.

La configuración de la raíz es un importante detalle desde el punto de vista periodontal. Los posteriores molarizados con raíces muy separadas, ofrecen mejor soporte periodontal que los que tienen raíces convergentes unidas, o los que presentan, en general, una configuración cónica.

Cuando el hueso de soporte ha desaparecido en parte a causa de una enfermedad periodontal, los dientes implicados tienen una capacidad reducida en el plan de tratamiento esto debe tenerse en cuenta.

Si todas estas medidas dan buen resultado, puede pasarse a la confección de prótesis definitivas en porcelana o metal porcelana.⁸

3.1. CORONA "JACKET" DE PORCELANA.

La corona "jacket" de porcelana presenta una diferencia importante con otras restauraciones cementadas, por que no interviene ningún colado metálico.

Probablemente, es la restauración capaz de dar el mejor resultado estético. Sin embargo, por estar hecha sólo de porcelana, substancia frágil, es susceptible a la fractura. Debe procurarse que el muñón sea lo más largo posible, para que la porcelana esté soportada al máximo; ya que la preparación corta nos lleva a concentraciones de esfuerzos en el área labiogingival.

⁸ Jr. Herbert T. Shillingburg-Fundamentos de protodoncia fija-1990

Cuando se proyecta colocar un "jacket" de porcelana, debe tenerse en cuenta la posición del diente en la arcada, el tipo de oclusión y la morfología del diente. Solamente deben colocarse en incisivos. No debe ponerse cuando la oclusión sea borde a borde ya que produciría sobre esfuerzo en el área incisal de la restauración.

Desde el punto de vista estético es la mejor de las coronas. El éxito de una corona "jacket" de porcelana depende de cuatro factores:

- 1 - Estética
- 2 - Rigidez, estabilidad oclusal.
- 3 - Mantenimiento de la salud periodontal.
- 4 - Conservación de la vitalidad pulpar cuando existe.

Para conseguir una estética óptima en una corona terminada se debe rebajar suficiente tejido duro (1.00 a 1.2 mm.). Esto proporciona profundidad a la translucidez y asegura que el cemento y el opaquer no repercutan en el color.

La rigidez depende del diseño de la preparación (incluso del grosor de la porcelana y del grosor y adherencia del cemento).⁶

Ventajas. Incluye la mejor estética, su excelente opacidad (semejante a la estructura dental natural) y su respuesta histica generalmente es buena cuando los márgenes son subgingivales

Desventajas. Son de menor resistencia debido a la ausencia de una infraestructura de refuerzo. Se requiere una reducción dental significativa sobre el sector proximal y lingual debido a la necesidad de un margen en hombro circunferencial; no son tan fáciles de utilizar como retenedores de una prótesis parcial fija.

1.- Propenden a la fractura por debilidad inherente del material.

2.- Su preparación es ardua pues requiere la reducción de suficiente estructura dentaria como para acomodar la restauración y establecer un hombro uniforme.

⁶ Chärer P.S.-Principios estéticos en la odontología restaurativa-1991

3- La reproducción del color de algunos dientes naturales puede ser problemática

4- Se requiere mucho tiempo para dominar los aspectos técnicos de la fabricación

5- También es difícil obtener una impresión exacta con trauma mínimo a los tejidos⁴

Indicaciones. Se encuentra indicada cuando existen grandes requisitos estéticos y una restauración más conservadora no es suficiente. Es importante no sobrepasar un grosor de porcelana en el área incisal debe ser máximo de 2 mm, para evitar el fracaso por fractura del material.⁵

Las coronas de porcelana son capaces de satisfacer los requisitos estéticos más exigentes y pueden reproducir muchas de las características y

³ Stanley D. Tylman-Teoría y práctica de la protodoncia fija-1981

⁴ Rosenstiel S.F.-Protésis fija, procedimientos clínicos y de laboratorio-1991

peculiaridades de un diente determinado en una dentadura dada, es una de las restauraciones mejor aceptadas por los tejidos blandos de sosten

Cuando el diente se prepara con adecuación y se realiza bien la corona, el tejido blando no se desfiende en el área cervical como en otras coronas enteras anteriores

Combinadas con el medio cementante apropiado, las fundas de porcelana protegen la pulpa dentaria contra el choque térmico ³

Clasificación.

1 - Diente con pulpas vivas

- a) Con el tejido gingival insertado en esmalte y cemento,
- b) Con los tejidos gingivales insertados solo en el cemento.

³ Stanley D. Tylman-Tecna y practica de la prostodencia fija-1981

1.1. Dientes su palquillo

a) Que necesitan un puente completo

b) Que necesitan un puente parcial

1.2. Preparación especial para coronas en cemento con unido como el
cemento

1.3. Dientes que servirán como pilares, es decir coronas enteras de porcelana
para puentes con muelles individuales

3.2. CORONAS DE PORCELANA ALUMINOSA.

Indicaciones

1. Conservación del tejido dentoso del periodonto

2. Series D. T. (Tomas-Tegres) macho y hembra (ver figura 3.2)

- 2 - Dientes anteriores y premolares.
- 3 - Dientes anteroinferiores (espacio disponible pequeño).
- 4 - Región molar (gma canina)

Contraindicaciones.

- 1 - Para funciones.
- 2 - Espacio oclusal = 0,8 mm.
- 3 - Soporte insuficiente.

Preparación.

- Reducción oclusal de un tercio de la corona clínica (para conseguir transparencia).
- Preparación cónica ($5 - 10^\circ$) de la región proximal y del tercio inferior de las superficies vestibular y palatina (para retención).

- Hombro circular con un ángulo de 90° , en las superficies axiales una anchura de 1 mm. en vestibular y palatino, y de 0,5 mm. en proximal (para estabilidad).¹
- Biselaje de todos los bordes por debajo del hombro (para estabilidad).

Las porcelanas aluminicas son recientes; la estética alcanzable con ellas es comparable a la de una porcelana comun moderna, cocida al vacío.

Debe quedar bien entendido que la resistencia de la porcelana aluminica, aunque casi el doble de la corriente, no permite aún el uso de estos materiales en dientes mal preparados o donde la oclusión contraíndica el uso de restauraciones de porcelana sola.

La porcelana corriente de alta fusión se compone de un feldesfato de alto contenido de potasa con 10 a 15 % de contenido de cuarzo, que posiblemente actúa como reforzador.

¹ Charer P.S.-Principios estéticos en la odontología restaurativa-1991.

Podrían denominarse vidrios pues su contenido cristalino libre es muy limitado, las porcelanas aluminicas contienen hasta un 50% de material cristalino libre y por lo tanto, pueden clasificarse con mayor adecuacion como porcelanas ³

El óxido de aluminio (Al_2O_3) es el material más promisorio para el uso en polvos para coronas estéticas enteras de porcelana.

La alúmina es el óxido de aluminio extraído por lo común de la bauxita, que es principalmente un óxido de aluminio hidratado.

La porcelana aluminica se utiliza en trabajos de fundas como porcelana de núcleo para reforzar el esmalte suprayacente y resistir la profundizacion de las microgrietas superficiales. Las limitaciones estéticas de la corona anterior de porcelana sobre metal indican con frecuencia el uso de porcelana del tipo aluminico.

³ Stanley D. Tylman-Teoría y práctica de la protodencia fija-1981.

No deben hacerse coronas de porcelana aluminica en preparaciones conicas o donde haya estructura dentaria insuficiente para soportar la restauracion de porcelana fundida. No se recomienda como sustituto general de la restauración de porcelana fundida sobre metal y está contraindicada en situaciones de mordida cerrada donde el espacio lingual sea inferior a 0.8 mm.¹

Es importante al preparar un diente, que se dé a la corona el maximo soporte cervical y que el área de la vieja restauración no sea restaurada con cemento. El mayor volumen del núcleo de porcelana aluminica se utiliza para restaurar esa zona, con ello se aprovechan al máximo sus propiedades mecánicas.

Existen dos tipos de porcelanas aluminicas para núcleo:

1 - Los núcleos de baja fusión, con 45% por peso de cristales de alúmina y que maduran dentro de la gama de temperaturas de 1,850 a 1,922 °F.

¹ Stanley D. Tylman-Teoria y practica de la protodoncia fija-1981

2.- Los núcleos de alta fusión que contienen 50% de cristales de alúmina que se homean a 2.012 °F.

Las porcelanas para núcleo de alta fusión son más fuertes, pero más opacas por su mayor contenido de alúmina, se confinan mejor en las caras linguales.

Los requisitos para hacer una corona de porcelana aluminica son idénticos a los métodos básicos para construir una corona corriente entera de porcelana cocida al vacío.

Se puede realizar una corona reforzada con alúmina en los dientes posteriores, pero sólo debe usarse cuando se pueda dejar por lo menos 1 mm. de porcelana de núcleo para protección oclusal.³

³ Stanley D. Tylman-Teoría y práctica de la protodoncia fija-1981.

3.3. CORONA "JACKET" PLATINADA.

Indicaciones:

- 1 - Dentición joven.
- 2 - Espacio oclusal \sim 0,8 mm
- 3 - Dientes anteriores (mayor resistencia a la fractura)
- 4 - Puentes de porcelana
- 5 - Reparación de prótesis fija.

Contraindicaciones.

- 1 - Coronas clínicas largas (no es posible reparar un hombro).
- 2 - Región molar (grosor de la corona irregular).
- 3 - Imposibilidad de preparar un hombro lingual (región molar).

La preparación de la corona de porcelana platinada no es muy diferente de la preparación de la corona original de porcelana aluminosa. La corona de

porcelana platinada no requiere más espacio (grosor del metal de 0,025 - 0,05 mm.) pero aporta más estabilidad."

3.4. CORONA DE METAL-PORCELANA.

Están constituidas por una capa de porcelana fundida sobre un delgado colado metálico, la cofia, que se ajusta a la preparación. Se combinan la resistencia y el ajuste preciso de los colados metálicos con el efecto cosmético de la porcelana. Con la subestructura metálica, la porcelana adquiere una resistencia mayor. La superficie labial ha de ser reducida, para dar lugar a la cofia y a un grueso de porcelana suficiente para un buen resultado estético.

Indicaciones.

1 - Para funciones (para estética)

¹⁾ Citare P.S.-Principios estéticos en la odontología restaurativa-1991.

- 2.- Espacio lingual = 0.8 mm
- 3.- Pilar de prótesis fija o fertilización
- 4 - Región molar (para estética)
- 5 - Preparaciones de hombros biselados.

Contraindicaciones.

- 1.- Dentición joven.
- 2 - Espacio oclusal 1,0 mm. (en adultos).

El lugar que ocasiona mayor número de problemas es la superficie vestibular del diente, donde el grosor de la estructura metálica está muy limitado por las exigencias estéticas.

Ventajas.- Es el aspecto natural que puede conseguirse caracterizando la restauración con tintaciones aplicadas internamente o externamente. Las cualidades de la retención son excelentes y actualmente es bastante fácil asegurar una resistencia adecuada durante la preparación dental.

Preparación.

- 1 - Reducción de la tensión en la porcelana.
- 2 - Reducción del creep del metal durante la cocción.
- 3 - Estética óptima especialmente en la superficie vestibular.
- 4 - Sellado marginado óptimo.
- 5 - Retención óptima.

Las preparaciones en hombro con o sin biselés son las recomendables en restauraciones de metal-cerámica, reservando las preparaciones en chaflan para coronas clínicas muy largas.

Para tener un aspecto estético óptimo, la porcelana debe tener al menos 1 mm. de grosor.⁶

⁶ Charer P S -Principios estéticos en la odontología restaurativa-1991

CAPÍTULO IV

**CORONAS DE RECUBRIMIENTO
PARCIAL DESDE EL PUNTO DE
VISTA ESTÉTICO**

La cavidad para una corona parcial termina algo por debajo de la cresta de la encía en un chanfle o bisel. En preparación de este chaflan, se tratara de no lesionar el tejido gingival ya que su ventaja es eliminar menor estructura dentaria.³

Durante la preparación, se removerá la mínima cantidad de estructura dental necesaria como sea posible, de manera que quede un muñón suficiente como para imaginar la porción que se tiene que reconstruir.

El margen de la corona debería ser supragingival. El sellado entre la preparación y la corona nunca es perfecto, por este motivo para prevenir la caries y la enfermedad periodontal debe ser accesible a las medidas de higiene oral.⁶

La preparación de elección para coronas parciales parece ser la preparación en hombro con un bisel amplio lo más paralelo posible a la dirección de inserción. Se recomienda un ángulo de bisel de al menos 135°. El ángulo

³ Stanley D. Tyman-Teoría y práctica de la protodoncia fija-1981.

⁶ Chärer P S.-Principios estéticos en la odontología restaurativa-1991.

compensará la contracción del colado y permitirá un error geométrico marginal lo más pequeño posible

Ventajas.

- 1 - Se altona estructura dentaria.
- 2 - Gran parte del borde está en áreas accesibles a un buen acabado y a la higiene por parte del paciente
- 3 - No hay mucho borde en estrecha proximidad con el surco gingival, por lo tanto, tendremos menos irritaciones periodontales.
- 4 - Es fácil de cementar por tener caras abiertas.
- 5 - Es fácil de controlar directamente, durante el cementado, y por que la precisión del ajuste en el borde es perfectamente visible
- 6 - Las porciones de esmalte no cubierto son accesibles y no existe ninguna dificultad para practicar una comprobación eléctrica de la vitalidad pulpar

La corona parcial no es tan retentiva como la completa, ya que tiene la retención adecuada para restauraciones unitarias y para la mayoría de retenedores de puente, pero no debe emplearse en los puentes largos.

Preparación del margen cervical:

La cavidad para una corona parcial termina algo por debajo de la cresta de la encía en un chafán o bisel. En preparación de este chafán, se trata de no lesionar el tejido gingival.

La ventaja de usar aunque sea un chafán fino consiste en brindar un borde definido para el patton de cera y el colado, sin embargo, eliminar al mismo tiempo el corte excesivo de estructura dentaria.¹

¹ Chazet P. S. - Principios estéticos en la odontología restaurativa-1991

² Stanley D. Tolman- Teoría y práctica de la protodoncia fija-1981

4.1. CORONAS PARCIALES POSTERIORES.

Por motivos funcionales la superficies oclusales de los dientes posteriores deben cubrirse siempre. La norma comúnmente aceptada es que se deben respetar las superficies vestibulares de todos los dientes posteriores y las porciones mesiales de los premolares. Cuando ello no es posible, o se compromete mucho la estética, tendremos que seleccionar otro tipo de corona.⁷

Corona tres-cuartos (es una de las restauraciones más conservadoras que pueden usarse en la retención de puentes. La superficie vestibular del diente se conserva sin alteraciones y se mantiene la estética natural del caso. La relación funcional normal del diente con el tejido gingival la cara vestibular no se afecta. Cuando la enfermedad periodontal trae como secuela la pérdida de tejido de soporte y el aumento del tamaño de las coronas cónicas de los dientes, la corona está particularmente indicada).⁸

⁷ Chärer P S -Principios estéticos en la odontología restaurativa-1991.

⁸ Jr. Herbert T. Shillingburg-Fundamentos de protodoncia fija-1990.

Corona siete octavos (la estética es buena porque la cubierta cúspide disto-bucal queda ocultada por mesio-bucal. Se puede ajustar y acabar bien el colado y el paciente no tiene dificultad en mantener limpia la línea terminal)

Corona tres cuartos invertida (Su empleo es más frecuente en los molares inferiores. Este diseño deja libre la cara lingual y está indicada en los casos en que la cara bucal está muy destruida, estando la lingual intacta.).

Media corona proximal (este tipo de restauración sólo se puede emplear en bocas con excelente higiene y con incidencia baja de caries proximales. Está contraindicada si hay algún defecto en la cara distal.).⁸

⁸ Jr. Herbert T. Shillingburg-Fundamentos de prostodoncia fija-1990.

4.2. CORONAS PARCIALES ANTERIORES.

Las superficies vestibulares y las proporciones proximales visibles deben estar todas sanas. Por este motivo es poco frecuente que se utilice una corona parcial aislada, sino más bien como pilar para prótesis fija.

Las ventajas de las coronas parciales deben ser aprovechadas al máximo. Tanto la preparación como la impresión prueba de colado y cementado son mucho más sencillos gracias a la posición supragingival de los márgenes de la corona. Se puede trabajar con visión directa y por lo tanto se puede hacer con relativa rapidez.⁶

Corona tres-cuartos (en esta corona se puede evitar la visibilidad del metal sustituyendo algunos surcos y paredes axiales por pins, y cubriendo con metal menos superficie del diente.).

⁶ Charer P S.-Principios estéticos en la odontología restaurativa-1991

Corona tres-cuartos standard (no presenta grandes cantidades de metal ya que con un poco de finura, se pueden hacer tallados que den lugar a restauraciones sumamente satisfactorias.).

Corona parcial con pins (es usada cuando se escoge, como pilar de puente, un diente intacto en un área de importancia estética. debe pensarse en la corona parcial con pins como la preparación de elección. No se debe usar en dientes que tengan caries u obturaciones en las caras que no van a ser cubiertas por metal y tampoco debe usarse en bocas con una reciente historia de gran incidencia de caries.).

La desventaja estética que supone la visibilidad del metal se compensa muchas veces por el aspecto saludable de la encía.⁸

La buena higiene que se puede conseguir mejora el pronostico de los resultados.

⁸ Jr Herbert T. Shillingburg-Fundamentos de protodoncia fija-1990

CAPÍTULO V

**LA ESTÉTICA EN LAS RESTAURACIONES
PROVISIONALES**

Es necesario que los materiales respeten los tejidos (pulpa y periodonto) y que sus propiedades mecánicas, estéticas y cosméticas cumplan los requisitos actuales.

No existe ningún método ideal de elección para la elaboración de restauraciones provisionales. Cada profesional debe decidir por sí mismo y en cada caso cuál es el procedimiento más adecuado.

De todas formas es necesario que insistamos en el papel de las restauraciones provisionales como medio de diagnóstico que amplían las posibilidades de conseguir una prótesis definitiva estética y cosmética.

Los provisionales debe de tener una buena estética ya que se debe conservar la estabilidad , el color y la salud del periodonto, su localización tamaño y firmeza debe asemejarse a la de los dientes naturales.⁶

⁶ Charer P S -Principios estéticos en la odontología restaurativa-1991.

Deben de ser realizados de tal manera que el paciente pueda tener buena higiene para evitar de nuevo la formación de la placa o la retención de los alimentos. Los tipos de terminaciones más usuales para los provisionales son la terminación higiénica (separación de 1mm. de la cresta alveolar), la punta de bala (contacta en la parte vestibular pero no en la palatina o lingual). Es importante que el provisional no forme isquemia y no sea tan notorio en la boca del paciente sobre todo debe mantenerse la compatibilidad con el color, la translucidez y la buena estabilidad de color

5.1. OBJETIVO DE LAS PRÓTESIS PROVISIONALES.

Las prótesis provisionales en principio deben cumplir lo siguiente

Requisitos de primer orden:

- Se debe asegurar el mantenimiento de la salud periodontal y pulpar.

- Se debe conseguir la estabilización de la oclusión durante toda esta fase del tratamiento ⁴

Requisitos de segundo orden:

- La prótesis provisional se debe emplear como una forma de diagnóstico:
- Para seleccionar la estética óptima del individuo.
- Para ayudar a resolver los problemas fonéticos comunes
- Para evitar un estrés psicológico inútil al paciente.

Por todo esto, para poder cumplir las demandas de una buena restauración provisional, se deben tener en cuenta los problemas de elaboración técnicos y biológicos, así como los problemas relacionados con los materiales de que se dispone.

⁴ Charer P S -Principios estéticos en la odontología restaurativa-1991.

5.2. ASPECTOS TÉCNICOS PRÁCTICOS.

Los problemas que se asocian a las restauraciones provisionales son muy variados. Un factor importante es el tiempo que ha de durar la prótesis provisional (restauración provisional de corta o larga duración).

En principio se pueden distinguir los siguientes tipos de restauraciones provisionales:

- Restauración de dientes anteriores con especial importancia en la estética y guía anterior.
- Restauración de dientes posteriores con especial énfasis en la oclusión.
- Restauraciones provisionales directas, elaboradas directamente en la boca
- Restauraciones provisionales indirectas, elaboradas en el laboratorio.

⁴ Charer P S.-Principios estéticos en la odontología restaurativa-1991

Una buena restauración provisional debe tener las siguientes condiciones

- 1.- Protección pulpar. Debe estar fabricada con un material que evite la conducción de temperaturas extremas. Los márgenes deben estar bien adaptados para que no existan filtraciones de saliva.
- 2.- Estabilidad posicional. El diente no se debe extruir y tampoco debe migrar en ninguna dirección ya que cualquier movimiento requiere rectificaciones o ajustes de la restauración final antes de su cementado.
- 3.- Función oclusal. Haciendo que la restauración temporal tenga función oclusal, se beneficia el confort del paciente y se ayuda a prevenir migraciones.
- 4.- Fácil limpieza. Debe tener un material y una forma que facilite la limpieza durante el tiempo en que va a ser llevado. Si los tejidos gingivales permanecen sanos durante el tiempo que el provisional es utilizado.

seguramente no será éste un problema que surja después del cementado de la restauración final.

5.- Márgenes no lesivos. Son de suma importancia ya que los bordes de las restauraciones provisionales no deben lesionar los tejidos gingivales. La inflamación resultante da lugar a hipertrofias, retracciones gingivales o por lo menos a hemorragias durante la cementación. Una corona metálica o de resina prefabricada, mal contorneada, puede dar lugar a un margen desbordado muy lesivo. Una corona hecha a la medida también puede lesionar si no es bien recortada.

6.- Solidez y retención. Debe resistir las fuerzas que actúan sobre ella sin romperse ni desprenderse.

7.- Estética. La restauración provisional debe producir una buena apariencia estética, especialmente en dientes anteriores y en los premolares superiores.²

² Jr. Herbert T. Shillingburg-Fundamentos de prosiodoncia fija-1990.

Las consecuencias de los provisionales inadecuados persiguen diariamente al odontólogo. Un margen gingival que desde el momento de la impresión final hasta el momento de la instalación de la corona ha sufrido una retracción sirve como ejemplo de la frustración y la desilusión provisional dependerá de la calidad de su construcción. La importancia de esta etapa es proporcional al grado de complejidad del tratamiento.

Una restauración provisional debe cumplir con requisitos mecánicos, fisiológicos y estéticos.

Los requisitos mecánicos que la restauración intermedia debe reunir son varios. En primer lugar, debe mantener al diente en la misma relación que tenía antes de ser preparada. Con esto nos referimos a su relación con los dientes y antagonistas. Para mantener la relación correcta, el provisional debe presentar un contacto íntimo con todo diente que previamente hiciera contacto con el diente original. También es importante tener un contacto oclusal estable con el o los dientes antagonistas. El segundo requisito mecánico es el de poseer la fuerza necesaria para resistir las cargas a las que

será sometido durante el tiempo en que permanecerá en la boca. En tercer lugar, la restauración debe ser retentiva, haciendo con la preparación el contacto suficiente para lograr la retención necesaria. Un cuarto requisito se refiere al pulido y correcto contorneado del material de restauración a fin de permitir un cuidado higiénico normal. Asimismo debe permitir ser retirado con relativa facilidad y sin romperse para recolocarlo si fuera necesario y debe presentar estabilidad dimensional.²

Requisitos fisiológicos: Es importante proteger la pulpa de los dientes vitales, ya que el material utilizado debe ser tolerado por ella sin sufrir afecciones irreversibles. En segundo lugar, la protección debe permitir una buena salud gingival. Los requisitos incluyen, buen ajuste y un correcto contorno de la restauración en el área marginal. Los contornos anatómicamente correctos producen retracciones menores que los contornos no anatómicos. Un contorneado correcto de los espacios interproximales también es importante para mantener la salud gingival. En tercer lugar, la protección no debe causar a los tejidos irritaciones mecánicas ni químicas. Si

² Keith E. Thayer-Prótesis fija-1987.

se cumplen estos tres requisitos, el dispositivo será fisiológicamente aceptado.

Requisitos estéticos:

Es importante cumplir con los requisitos estéticos cuando la restauración se ubica en el sector anterior de la boca, incluyendo en ciertos casos los premolares. Las consideraciones estéticas son las mismas de las restauraciones definitivas. Para obtener un resultado estético aceptable se debe conseguir un contomeado correcto, una aceptable armonización del matiz de la coloración y superficies pulidas.

Una restauración estética ayuda a ganar la confianza del paciente. La restauración provisional anterior realizada en conjunto con un encerado cuando fuera necesario es de gran ayuda para obtener estética. No se debe descuidar la flexibilidad del provisional siempre que se necesite desarrollar estética de la restauración definitiva.²

² Keith E. Thayer-Prótesis fija-1987

5.3. CEMENTADO.

Los cementos provisionales deben respetar la pulpa y el periodonto. Además deben tener una buena adhesión y ser de fácil remoción. Los cementos de óxido de zinc eugenol, cumplen bien estas condiciones. Es necesario señalar que los restos de cemento que quedan en el surco pueden producir retracciones gingivales y, por lo tanto, una pérdida de estética.

Los requisitos mecánicos que un agente de unión temporario debe cumplir son los de retener la restauración provisional hasta que el odontólogo desee retirarla, y luego permitir ese retiro sin necesidad de ejercer fuerzas excesivas ni de producir daños a la restauración ni a la/s pieza/s protegida/s. Entre otras consideraciones podemos mencionar: protección pulpar, tiempo de trabajo, sencilla remoción del cemento tanto del provisorio como del diente, y compatibilidad con el material utilizado para fabricar la restauración provisoria. Los cementos se dividen en blando, mediano y duro. El blando se utiliza más a menudo ya que en general reúne las condiciones

mencionadas. Si se requieren propiedades más elevadas puede emplearse algún cemento a base de óxido de Zinc.²

El cemento de fosfato no es recomendable debido a su efecto irritante sobre los tejidos pulpaes, tampoco es recomendable como agente de unión para cementar provisorios debido a que no brinda suficiente retención sin embargo es un producto excelente para el cementado provisorio de prótesis parciales fijas definitivas de varias piezas.

Si la restauración provisorio ha sido confeccionada con cuidado y precisión el cemento blando es el que brinda los resultados más satisfactorios.

La remoción del cemento temporario de los márgenes debe efectuarse con extremo cuidado. Una completa y cuidadosa remoción previene las irritaciones gingivales y las molestias periodontales. Si este paso es descuidado los tejidos sufrirán retracciones e inflamaciones y sus problemas asociados. Lubricando la superficie exterior del provisorio con vaselina se facilita la remoción del cemento temporario de la restauración.⁶

² Keith E. Thayer-Prótesis fija-1987.

⁶ Charer P S.-Principios estéticos en la odontología restaurativa-1991.

Algunos cementos usados para la obturación provisional pueden ser los siguientes

ZOE este debe mezclarse con un poco de vaselina o grasa de silicona y aplicarse únicamente en los márgenes para sellarlos y permitir una retirada sin dificultades.

Kerr-bond material de dos pasos con fácil manipulación y sencillo retiro del diente.

En algunas ocasiones se puede llegar a usar el Dycal ya que presenta propiedades no muy irritantes, fácil manipulación y retiro.

CAPÍTULO VI

SELECCIÓN DEL COLOR

El color es un fenómeno luminoso por el que la percepción visual puede diferenciar objetos que, de otra manera, parecieran idénticos. El color depende de tres factores:

- 1) El observador.
- 2) El objeto.
- 3) La fuente luminosa.

Cada uno de estos factores es una variable, y cuando cualquiera de ellos se modifica, cambia la percepción del color.

La luz que incide sobre un objeto es modificada por absorción, reflexión, transmisión o refracción de parte o de toda la energía luminosa, dando lugar a una determinada calidad de color.⁸

Hay fuentes luminosas especiales, de "color corregido", que emiten una luz con una distribución de color más uniforme. Para solventar el problema del metamerismo, todos los colores de dientes deben ser buscados bajo más de

⁸ Jr. Herbert T. Shillingburg-Fundamentos de protodoneta fija-1990

un tipo de luz. El metamerismo es el fenómeno por el que un objeto presenta distinto color según la fuente de luz con que es iluminado.

Las tres características de un color son el *matiz* (hue), la *saturación* (chroma) y la *luminosidad* (value). El matiz es la calidad que distingue un color de otro y la que le da el nombre, como rojo, azul o amarillo, etc. El matiz puede ser un color primario o una combinación de colores. La saturación es la pureza o fuerza de un matiz. Por ejemplo, un rojo y un rosa pueden corresponder al mismo matiz: el rojo tiene una saturación elevada y el rosa, que es un rojo con poca fuerza, tiene una saturación escasa.

La luminosidad o brillantez, es la proporción de claridad y oscuridad que tiene un matiz. Al escoger el color de un diente, el factor más importante es la luminosidad. Cuando se hacen cambios de cierta importancia en el matiz o en la restauración de un color, la luminosidad disminuye.⁸

⁸ Dr. Herbert T. Shillingburg-Fundamentos de prosthodoncia fija-1990

El color de un diente se tiene que determinar antes de su tallado, pues durante la preparación se produce una cierta deshidratación. El diente debe estar limpio sin manchas. Todo lo que sea capaz de distraer la atención, como lápiz labial, maquillaje, lentes, etc., deben eliminarse o taparse. El paciente debe estar sentado con la espalda derecha y con la boca a nivel de los ojos del dentista. Este debe estar situado entre la fuente de luz y el paciente. Los dientes de la guía de colores deben estar húmedos.

Para evitar la fatiga de los conos de la retina, las observaciones deben ser breves (de 10 a 15 segundos). Cuanto más tiempo se fija la mirada, tanto menor es la capacidad discriminativa. Desde el punto de vista físico, la producción de color requiere una fuente luminosa, un objeto iluminado, el ojo y el cerebro para percibirlo.

Fuente luminosa. La luz de una fuente se describe en energía relativa (o cantidad de luz) emitida para cada longitud de onda.

David E. Beaudreau-Atlas de prótesis parcial fija

Así, la luz más confiable para seleccionar los colores es la natural y, en especial la indirecta del norte entre las 11 y 15 horas. Está da casi la correcta intensidad de la luz necesaria para la selección de color. Los colores nunca deben elegirse a la luz directa del sol o en la obscuridad de una habitación. Para alguien que pasa la mayoría de su tiempo al aire libre es aconsejable escoger el tono bajo iluminación natural pero aquel que transcurre la mayor parte de sus horas en un ambiente iluminado en forma artificial se recomienda hacerlo empleando diversas condiciones de luz no natural.

Objeto iluminado. Los objetos transparentes adoptan el color y el brillo de lo que está por detrás de ellos, ya que la luz se refleja allí. Superpuesta sobre los bordes incisales se encuentra la obscuridad de la cavidad bucal, que hace que estas zonas translúcidas aparezcan grises. Esto puede demostrarse iluminando la boca.¹

Si el material absorbe parte de la luz, se ve coloreado, pero sigue siendo transparente. Por otra parte, si es totalmente absorbida, el material se ve negro y se dice que es opaco.

¹ David E. Beaudreau-Ailas de prótesis parcial fija

Un material es translúcido si parte de la luz que pasa a través de él es esparcida y parte transmitida.

La dispersión es provocada por la luz que cae sobre pequeñas partículas con un índice de refracción distinto del resto del material

Observador.

Efecto de imagen accidental. La impresión visual que persiste después que la imagen verdadera ha dejado de ser visible se denomina efecto de imagen accidental. Este último es positivo cuando tanto las partes brillantes como las oscuras permanecen igual. En una imagen accidental negativa las zonas brillantes aparecen oscuras y las partes oscuras, brillantes. El periodo de la imagen accidental se asemeja de algún modo a un periodo refractario¹

Metamerismo. Si dos objetos pueden tener idéntico color cuando se les observa con una fuente lumínica pero no son iguales bajo otra, se dice que

¹ David E. Beaudreau-Atlas de prótesis parcial fija

muestran metamerismo, significa que poseen las mismas coordenadas cromáticas pero exhiben curvas de reflectancia espectral distintas. Este también se aplica a situaciones en las que dos tonalidades son semejantes para algunos observadores pero para otros no coinciden.

Daltonismo.

Los daltonismos deben agruparse de la siguiente manera :

- 1.- Personas en quienes los mecanismos del color de la retina no funcionan. Estas son daltónicas, no ven de día ni perciben para nada el rojo y los demás colores son vistos como distintos tonos de gris.

- 2.- Personas en quienes el aparato del color es en apariencia normal pero aún tienen una incapacidad absoluta para reconocer todos los colores. En esta situación, los centros más elevados de la percepción y la apreciación se hallan o bien ausentes o poco desarrollados.

3 - Personas que no ven ciertas partes del espectro, estos individuos requieren distintas cantidades de colores primarios a fin de igualar un color espectral dado a compararlos con otros con vision normal.

Cuando se detecta un defecto la ayuda del personal auxiliar del consultorio sería favorable para la selección y comunicación de estos colores a otros sujetos.¹

El color se debe escoger, determinando la luminosidad, la saturación y el matiz, por este orden. En primer lugar se eliminan los dientes del muestrario que menos se ajustan. Se van haciendo selecciones hasta que sólo quede una muestra. Si es posible se puede remitir el diente del muestrario al taller.²

¹ David E. Beaudreau-Atlas de prótesis parcial fija

² Jr. Herbert T. Shillingburg-Fundamentos de prostodoncia fija-1990

CONCLUSIÓN

La base de un plan de tratamiento que sea lógico consiste en identificar las necesidades del paciente y compararlas con los materiales y técnicas disponibles, todo esto nos implica la relación que debemos tener en cuenta para un buen pronóstico y un excelente beneficio, tanto para el dentista como para el paciente, ya que mediante un buen diagnóstico podemos decidir un tratamiento definitivo y se puede conseguir una secuencia racional para el alivio sintomático, estabilización y tratamiento definitivo. Ya que la extensión del tratamiento se puede modificar por la actitud y los objetivos del paciente.

Siempre debemos de planificar una secuencia lógica del tipo de tratamiento antes de comenzar ninguna intervención para una restauración con prótesis fija ya que al igual que todas las demás disciplinas dentales se puede facilitar o rechazar un tratamiento preparatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1 - E. Beaudreau David. Atlas de prótesis parcial fija, Médica Panamericana S.A.

2.- E. Thayer Keith. Prótesis fija. Mundi S. A. I. C. y F., 1987

3.- D. Tylman Stanley, P. Malor William. Teoría y práctica de la prostodoncia fija. Inter-Médica. 1981.

4.- F. Prichard John. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica. Médica panamericana. 1982.

5.- S. F. Rosenstiel. Prótesis fija procedimientos clínicos y de laboratorio Salvat. 1991.

ESTA TESIS HA DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

6 - P. S. Charer, I. A. Rinn, F. R. Koop Principios estéticos en la
odontología restaurativa. Doyman 1991

7 - P. Lang Niklaus, F. Siegrist Guldener Beatrice. Atlas de prótesis de
coronas y puentes. Masson Salvat Odontología 1995

8 - T. Shillburg Herbert, Jr. D. D. S. Hobo Suniya, D. D. S.
Fundamentos de prótesis fija. Prensa Médica Mexicana, S. A. de C. V.
1990