

561
Teyssier

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**Diseño y Elaboración de una
Corona Total**

T E S I S

Que para obtener el título de:

Cirujano Dentista

Presentan

Gabriela López Dueñas

Gloria Murillo Gómez

México, D. F.

1979

14946



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.

I N D I C E

INTRODUCCION.

CAPITULO I.- HISTORIA DE LA PROTESIS.

CAPITULO II.- Historia Clínica.

CAPITULO III.- Pronóstico y plan de tratamiento.

CAPITULO IV.- Elaboración de Provisionales.

- a) Método directo.
- b) Coronas prefabricadas.
- c) Método indirecto.

CAPITULO V.- Técnica de preparación para coronas combinadas.

- a) Técnica de la fresa de bola.
- b) Empleo de dientes tratados endodónticamente con fines protésicos.
- c) Reconstrucción de coronas con pernos y amalgamas o composites.
- d) Técnica del cono invertido.
- e) Técnica de la fresa de Miller.
- f) Técnica de Fraser.

CAPITULO VI.- Toma de impresión de las preparaciones y elaboración de los modelos de trabajo.

- a) Toma de impresión con anillo de cobre.
- b) Con modelina de barra.
- c) Con silicón de cuerpo pesado.
- d) Con hules de polisulfuro.
- e) Con hidrocolooides reversibles.
- f) Con compuestos Zinquenólicos.
- g) Técnica de impresión con silicón y porta impresiones.
- h) Técnica de impresión con jeringa de presión.

CAPITULO VII.- Elaboración de la corona en cera, investido y vaciado.

CAPITULO VIII.- Prueba de metales, aplicación del plástico y la porcelana.

CAPITULO IX.- Prueba de biscocho para corona oro porcelana.

CAPITULO X.- Prueba de la prótesis ya terminada y colocación.

INTRODUCCION

El objetivo fundamental de esta tesis, es el de recopilar los pasos básicos para la elaboración de una corona total sin dejar pasar los pequeños detalles que podrían llevar al fracaso el trabajo protésico.

Además, se agrega cómo llevar al cabo un buen estudio clínico del paciente por tratar, ya que el ejercicio odontológico también es médico y no como en forma errónea se catalogaba como trabajo práctico exclusivamente.

La prótesis es una rama de la odontología cuyos tratamientos tienen como principal finalidad devolver al individuo la función, estética y fonética, ya que una alteración en cualquiera de las tres, repercute ya sea en la salud o en la personalidad del individuo.

HISTORIA DE LA PRÓTESIS

La palabra prótesis proviene de la raíz griega prótesis en lugar de

DEFINICION DE PRÓTESIS DENTAL. Es la rama de la odontología que se ocupa de restaurar o sustituir las piezas dentales por medice artificiales y de hacer el estudio y construcción de aparatos que hagan la función del aparato masticatorio, así como la restauración estética, fonética y función normal.

La sustitución de los dientes perdidos por medio de aparatos protésicos se ha venido practicando desde tiempos muy remotos, los dientes perdidos se reemplazaron con dientes de animales, así en Europa, por ejemplo, se encontraron aparatos dentales construidos que datan del siglo XVIII.

DIVISIONES DE LA PRÓTESIS DENTAL

I.- Prótesis individual.

- a) Parcial de la corona dentaria.
- b) Total de la corona dentaria.

II.- Prótesis parcial.

- a) Fija y
- b) Removable.

III.- Prótesis total.

- a) Unica removable.

1.- **PREHISTORIA.** Se remonta desde los tiempos más antiguos hasta la elaboración de dentaduras completas inferiores por Fauchard.

2.- **EDAD DE MARFIL.** Comprende desde Fauchard creador de la prótesis superior o sea a mediados del siglo XVIII hasta mediados del siglo XIX, en esa época las prótesis eran cinceladas en marfil.

3.- **EDAD DEL PRACTICO.** Desde la mitad del siglo XIX, en esta época se pone de manifiesto la gran habilidad práctica de los dentistas para elaboración de la prótesis. También en esta época se descubrió la anestesia que pasó a ser de gran utilidad al Odontólogo y para el paciente un gran alivio a las múltiples molestias que existían antes de conocer esta maravillosa sustancia. Aparecen también la porcelana - materiales de impresión, etc., que ayudaron en muchos aspectos a la práctica de una mejor Odontología.

4.- EDAD UNIVERSITARIA. Esta época se va caracterisando por una gran investigación científica, la mayor elevación intelectual del Cirujano Dentista, adquiriendo mayor responsabilidad médica.

T E M A II

HISTORIA CLINICA

La correcta confección de una ficha clínica en nuestro consultorio dental, tiene por objeto acumular la mayor cantidad posible de datos en relación con:

- a) La salud general de nuestro paciente.
- b) El medio ambiente biológico y social.
- c) Su situación económica y cultural, etc.

Todo esto con la intención de ubicar dentro de un patrón psicológico de conducta que nos permita saber como tratarlo y que grado de cooperatividad podemos encontrar en él durante el tratamiento, también se pretende acumular datos más o menos específicos de los padecimientos que lo aquejan y sus síntomas, con la intención de determinar si podemos diseñar e iniciar nuestro plan de tratamiento o bien si hay necesidad de remitir nuestro paciente al médico general para el oportuno control de sus padecimientos.

En la descripción de esta historia clínica se puede dividir en 4 etapas, siendo estas:

- a) Interrogatorio.
- b) Examen físico general.
- c) Examen específico de la cavidad oral.
- d) Algunos estudios de laboratorio sin faltar el examen radiográfico.

Una vez que hemos obtenido en forma completa todos estos datos, los interpretamos y elaboramos un diagnóstico preterapéutico y por último el pronóstico y plan de tratamiento que llevaremos al cabo.

A continuación se describe una forma de historia clínica en la que se abarcan los datos antes mencionados.

FICHA CLINICA (ASPECTO GENERAL)

- 1.- a) Nombre del paciente
- b) Sexo.
- c) Edad.
- d) Ocupación.

- e) Estado civil.
- f) Fecha de nacimiento.

2.- MOLESTIAS PRINCIPALES QUE AGUIJAN AL PACIENTE.

Casi siempre manifiesta dolor o pérdida de función, es importante determinarla y describirla según las propias palabras del paciente, procurando condensarlo al final.

3.- ENFERMEDAD ACTUAL (QUE EL PACIENTE DEBE IDENTIFICAR).

Signos y síntomas de la misma.

4.- Preguntar por los tratamientos prescritos al paciente y los resultados que obtuvo.

5.- ANTECEDENTES PERSONALES.

En este aspecto es muy importante no solo tomar en cuenta los trastornos físicos que nuestro paciente haya sufrido sino también sus reacciones al medio ambiente, al trabajo, sus contactos sociales, etc.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS.

1.- ENFERMEDADES DESDE LA INFANCIA.

Escarlatina, Reumatismo, Neumonía, Viruela, Tuberculosis, Discrasias Sanguíneas, Padecimientos Cardíacos en familia, Antecedentes de Diabetes o predisposición a ella, Hemofilia padecimientos venéreos.

2.- LESIONES.

3.- Hospitalizaciones y operaciones (Resultados obtenidos).

4.- En las mujeres preguntar por el número de gestaciones y abortos.

5.- Preguntar si hay alguna alergia o hipersensibilidad a algún medicamento por ejemplo a la penicilina.

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS.

1.- Matrimonio, duración, salud del cónyuge, compatibilidad.

2.- Hábitos; ejem. uso y cantidad de consumo de alcohol, tabaco, práctica de deportes, etc.

- e) Estado civil.
- f) Fecha de nacimiento.

2.- QUEJAS PRINCIPALES QUE AGUJAN AL PACIENTE.

Casi siempre manifiesta dolor o pérdida de función, es importante determinarla y describirla según las propias palabras del paciente, procurando condensarlo al final.

3.- ENFERMEDAD ACTUAL (QUE EL PACIENTE TIENE INMEDIATA)

Signos y síntomas de la misma.

4.- Preguntar por los tratamientos prescritos al paciente y los resultados que obtuvo.

5.- ANTECEDENTES PERSONALES.

En este aspecto es muy importante no solo tener en cuenta los trastornos físicos que nuestro paciente haya sufrido sino también sus reacciones al medio ambiente, al trabajo, sus contactos sociales, etc.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS.

1.- ENFERMEDADES DESDE LA INFANCIA.

Escarlatina, Reumatismo, Neumonía, Viruela, Tuberculosis, Discrecias Sanguíneas, Padecimientos Cardíacos en familia, Antecedentes de Diabetes o predisposición a ella, Hemofilia padecimientos venéreos.

2.- LESIONES.

3.- Hospitalizaciones y operaciones (Resultados obtenidos).

4.- En las mujeres preguntar por el número de gestaciones y abortos.

5.- Preguntar si hay alguna alergia o hipersensibilidad a algún medicamento por ejemplo a la penicilina.

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS.

1.- Matrimonio, duración, salud del cónyuge, compatibilidad.

2.- Hábitos; ejem. uso y cantidad de consumo de alcohol, tabaco, práctica de deportes, etc.

ANTECEDENTES FAMILIARES.

Se debe preguntar si los padres, tíos, abuelas, o hermanas padecen o padecieron enfermedades que pudiera heredar el paciente por ejemplo Diabetes, padecimientos cardíacos, Hemofilia, etc.

EXAMEN POR SISTEMAS.

1.- VISTA. Observar el movimiento de los párpados, si hay mielosis, las pupilas están contraídas pueden indicar uso de narcóticos con aumento de la presión intraocular, - observar la coloración de la córnea, ésta puede dejar de ser translúcida después de una infección grave o un trauma psicológico.

2.- OREJAS. Investigar si hay otálgia, otorrea, observar supuración, agudeza auditiva, presencia de dolor.

3.- CARNEA. Preguntar si hay cefaleas. En cuanto a la piel observar si hay erupciones, lesiones, cicatrices, pigmentaciones, palides.

4.- NAZAL Y GARGANTA. Investigar la presencia de abscesos, amigdalitis, epistaxis, obstrucción nasal crónica, - problemas de los senos paranasales.

5.- APARATO CARDIOVASCULAR. Investigar la presencia de disnea, fatiga, desvanecimientos, presión arterial alta, - dolor precordial, reumatismo, hemorragias frecuentes, bradicardia, taquicardia, etc. Es recomendable en todo consultorio dental que el C. D. tenga aparatos tales como estetoscopio y baumanómetro (habiendo llevado un curso de - adiestramiento para el uso apropiado de éstos). El Odontólogo debe mandar al paciente a una consulta con el cardiólogo si lo considera necesario y ponerse en contacto con éste para saber el estado real del paciente, en caso de la presencia de alguna anomalía cardíaca planear tratamiento y momento óptimo para el tratamiento odontológico.

6.- APARATO GASTROINTESTINAL. Investigar su apetito, - dieta común, vómito, diarrea, estreñimiento, heces fecales espumosas, número de defecaciones al día, número de orinas.

7.- En una mujer preguntar la regularidad de menstruación, dismenorrea, menorragia, menopausia, embarazos, abortos.

8.- EXTREMIDADES. Superiores manos observar piel, color, y humedad, unas quebradizas, simetría, función, etc. Inferiores observar los puntos anteriores además de ver si hay edema y várices.

9.- SISTEMA NERVIOSO. Observar postura y marcha, si - hay estremecimiento o sudación, capacidad de reacción.

EXAMEN DE LABORATORIO.

En el ejercicio diario de la Odontología es común que el dentista tenga necesidad de apoyarse en reportes más precisos de la salud del paciente.

En la actualidad y gracias a las simplificaciones de la técnica es posible que el Odontólogo obtenga estos datos en el mismo consultorio siempre y cuando cuente con el equipo necesario por ejemplo como es el caso de toma de tiempo de sangrado de coagulación y concentración de glucosa sanguínea.

Existen también tipos de examen que por su dificultad y necesidad de equipo técnico más especializado solo puede efectuarse en un laboratorio profesional perfectamente equipado, en estos casos es más recomendable recurrir a la ayuda del médico general y un laboratorio especializado.

A continuación se describe brevemente alguno de los datos que se reportan de un examen de laboratorio.

ORINA.

Color rojo debido a una hematuria, la orina puede presentarse turbia debido a la presencia de leucocitos, mucosidad o cristales.

La presencia de glucosa en la orina puede indicar diabetes mellitus, si nos reportan acetona puede deberse a inanición o diabetes incontrolada, si hay reporte de proteína esto puede deberse a una insuficiencia renal o cardíaca.

SANGRE.

El reporte normal de glucosa en la sangre debe ser de 80 a 120 miligramos, el reporte de tiempo de sangrado y coagulación resulta imprescindible en toda intervención quirúrgica y debe ser la sangría inferior a 3 minutos es normal y coagulación normal, inferior a 15 minutos, hay ocasiones en que también se hace necesario ver la presencia de colesterol, saber grupo sanguíneo, la velocidad de sedimentación, la cifra de reticulocitos, etc.

PLASMA.

Nos sirve para saber las cifras normales o anormales de albuminas, proteínas, bilirrubina, ácido úrico, potasio, calcio, fósforo, etc.

HECES FECALES.

Antibióticos, este reporte no indica la pauta a seguir en el tratamiento de infecciones muy resistentes bac

teriológicas, de gran importancia en tratamientos Endodónticos.

EXPLORACION ESPECIFICA DE LA CAVIDAD BUCAL.

Esta se efectúa en dos formas, con la ayuda de nuestros instrumentos como son: espejo, explorador, pinzas de curación y mediante la visualización, palpación, percusión, punción, pruebas técnicas, etc. y la ayuda de los rayos Roentgen.

HISTORIA CLINICA DE LA CAVIDAD BUCAL.

EXAMEN ESPECIFICO DE LA CAVIDAD BUCAL.

Este examen deberá constar de 4 partes.

- 1.- Interrogatorio.
- 2.- Exploración.
- 3.- Toma de modelos de estudio.
- 4.- Examen radiográfico.

INTERROGATORIO.

Tendrá que hacerse con preguntas correctas tales como:

- a) ¿Cuál es la razón que le hace visitar al dentista?
- b) ¿Tiene obturaciones altas o ásperas?
- c) ¿Ha utilizado prótesis dentales con anterioridad?
- d) ¿Fijas o removibles?
- e) ¿Que resultados ha obtenido?
- f) ¿Que cuidados procura a sus prótesis?
- g) ¿Cuántas veces se cepilla al día y con que técnica?
- h) ¿Ha tenido algún tratamiento para las encías?
- i) ¿Sangran sus encías al cepillarse?
- j) ¿Tiene movilidad dentaria?
- k) ¿Rechina usted los dientes?
- l) ¿Padece cefaleas, migrañas, dolor articular o dolor en los músculos de la masticación?

m) ¿Ha recibido usted tratamientos Ortodónticos o Endodónticos?

EXPLORACION.

Debe procurarse efectuarse en forma ordenada y sin omitir las estructuras que más nos interesan en nuestro tratamiento.

1.- LABIOS. Palparlos y observarlos en su forma, color, contorno y ver si hay presencia de lesiones.

2.- MEMBRANA LABIAL. Esta se hace separando los labios de la boca, observando su color e si hay presencia de orificios y conductos anómalos, adherencias al frumillo o lesiones.

3.- MEMBRANA NUCAL. Hay que determinar su contorno, color, orificios de glándulas parótidas y presencia de lesiones.

4.- PLIEGOS MUCOSALES. Inspección y palpación de los pliegos superior e inferior.

5.- PALADAR. Observar el paladar duro y el paladar blando, ver el estado de la úvula y de la faringe en busca de alguna anomalía.

6.- LENGUA. Hay que determinar mediante la palpación e inspección su color, configuración, consistencia, movimientos funcionales, estado de las papilas, presencia o no de lesiones.

7.- FISO DE LA BOCA. Exploración visual y palpación con los dedos del piso de la boca y bajo la lengua.

8.- GINGIVAS. Ver su color, forma, presencia de cuando, forma y estado de las papilas interdientales, en forma general buscar anomalías como: Infecciones, Hipertrófias, Retracciones y Ulceraciones.

9.- PARTES DESDENTADAS. Ver si hay restos radiculares, heridas provocadas por la extracción, atrofia del hueso alveolar, etc.

10.- DIENTES.

- a) Tomar nota de los que faltan.
- b) Piezas obturadas, reincidencia cariosa.
- c) Piezas con caries.
- d) Dientes en giroversión.
- e) Diastemas (congénitos, por extracción, por parodontosis).

- f) Presencia de sarro, (subgingival o supragingival).
- g) Cuellos desnudos, ver si hay cemento expuesto o si es debido a abrasión gingival.
- h) Ver si las cúspides dentarias son normales o hay abrasión. Los tejidos parodontales. - (gónfosis).

11.- PULPA DENTARIA.

- a) Mucosoportadas.
- b) Dentosoportadas.
- c) Mucodentosoportadas.

EXAMEN RADIOGRAFICO.

Es imprescindible en todo examen ya que nos da información sobre el estado de los dientes y tejidos parodontales, también nos permite observar alteraciones fisiológicas y patológicas.

Como consecuencia de evaluar todos los datos anteriores, podemos con buenas bases diseñar nuestro plan de tratamiento y desarrollarlo.

CAPITULO III.

PROMOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

Para poder localizar cualquier objeto en el espacio es necesario tener puntos de referencia que nos indiquen a que distancia se encuentra este objeto.

Así también para la localización de cualquier anomalía en uno o unos dientes en su posición o erupción, tenemos — unas líneas que nos sirven para eso, esas líneas son: Curva de Monson, Wilson y Spee o de compensación, además tenemos el Arco Maxilar y el Arco Mandibular.

ARCO MAXILAR. Es aquel que pasa por todas las caras vestibulares de todos los dientes desde el tercer molar superior derecho hasta el tercer molar superior izquierdo.

CURVA MANDIBULAR. Es exactamente igual que el anterior pero en las piezas dentarias inferiores, estas curvas nos sirven para ver si un diente está vestibularizado o lingualizado.

CURVA DE SPEE DE COMPENSACION. Esta curva es aquella — que pasa por las cúspides vestibulares de molares y premolares hasta la cúspide del canino, existen dos, una derecha y una izquierda. Estas curvas nos sirven para observar si un diente está sub o sobre erupcionado.

CURVA DE WILSON. Si nos trazamos una línea que toque el vértice de las cúspides vestibulares y linguales de los — dientes posteriores superiores del lado derecho y se continuara hasta las mismas cúspides del lado opuesto, esta línea sería la Curva de Wilson.

CURVA DE MONSON. Esta va de la cúspide vestibular tocando la cúspide palatina del lado derecho hasta las cúspides palatinas y vestibulares del lado izquierdo.

Una vez conocidas todas estas curvas, podremos localizar cualquier anomalía en la posición o erupción de los — dientes, antes de proceder a hacer cualquier tratamiento, pondríamos el diente o dientes en cuestión, dentro de la — normalidad de las líneas anteriormente descritas, y así podremos proceder a hacer nuestro plan de tratamiento sobre — nuestros modelos de estudio, y un diagnóstico mucho más certero, ya que en la boca directamente es más difícil detectar cualquier anomalía, si esta no es muy marcada.

Un plan de tratamiento amplio solamente se puede establecer después de elaborar una historia médica dental completa y de revisar los datos de la exploración general de — la boca, empleando todos los métodos y técnicas que demande el caso particular. El plan de tratamiento resultante puede

basar en una o varias de las siguientes clases: cirugía bucal, periodoncia, odontología conservadora, ortodoncia, -- prótesis de coronas y puentes, prótesis de dentaduras parciales o completas.

La construcción de un puente se incluye normalmente al final del plan de tratamiento, después de hacer las intervenciones quirúrgicas, periodontales y operatorias que --- sean necesarias. La prótesis de coronas y puentes preceden casi siempre a la construcción de una dentadura parcial o completa, aunque en algunos casos se tiene que hacer simultáneamente. En ciertas ocasiones, cuando hay que hacer coronas jacket anteriores y puentes posteriores, se terminan los puentes primeros, y las coronas se hacen como parte final del tratamiento. La eliminación de las superficies --- oclusales de varios dientes posteriores en la preparación de pilares para puentes puede producir un incremento de la fuerza ejercida sobre los dientes anteriores, aunque se ha ya tenido cuidado en el diseño y colocación de restauraciones temporales. Si se hacen primero las coronas jacket, --- pueden quedar sometidas a un mayor trauma oclusal durante la construcción del puente y fracturarse.

Antes de construir un puente hay que hacer todas las - fases quirúrgicas, periodontales y de odontología operatoria que requiera el tratamiento, incluyendo los tallados oclusales es muy importante terminarlo antes de confeccionar el puente. Si se hace el equilibrio oclusal después de colocar el puente, se presenta el peligro de tener que tallar excesivamente los anclajes o las piezas intermediales, lo cual puede destruir el valor del puente como prótesis adecuada para el caso. Los contactos prematuros en relación céntrica y las desviaciones laterales que pueda haber cuando el paciente cierra la boca en oclusión céntrica, se debe eliminar por medios de tallados selectivos antes de - construir el puente. Un deslizamiento hacia adelante hasta de 2 mm. desde la relación céntrica hasta la oclusión céntrica se puede considerar normal cuando no haya patología periodontal o dientes flojos.

MODELOS DE ESTUDIO. Se toman impresiones completas de la boca con agar o alginato y se hace el modelo en yeso -- piedra. Las impresiones deben ser precisas y completas y - bien reproducidas en el yeso piedra, los modelos se recortan y se terminan en forma pulcra. El molde de estudio es un medio de diagnóstico valioso del caso antes del tratamiento, y debe conservarse cuidadosamente junto con los demás registros del caso. Nunca se utilizarán los modelos de estudio para técnicas preliminares para que no se mutilen ni se estropeen. Se obtienen duplicados para los diversos pasos técnicos como confección de cubetas individuales, tallado de carillas de piezas intermedias y reproducción de los cortes de las preparaciones para los retenedores. Los duplicados se pueden obtener fácilmente tomando dos impresiones en la boca o duplicando el modelo de estudio con -- agar.

CAPITULO IV.

ELABORACION DE PROVISIONALES

A. Método Directo.

Esta técnica se realiza de la siguiente manera: Antes de empezar cualquier preparación, tomamos una impresión de la región en la cual se encuentra el diente seleccionado, y esta impresión la podemos tomar con alginato, sílica, - hule, etc., siempre y cuando nuestro material sea elástico, retiramos la impresión de la boca del paciente y procedemos a hacer la preparación que se haya seleccionado según el caso. Una vez terminada la preparación y tomada la impresión para nuestro modelo de trabajo, en un gotete se prepara acrílico de autopolimerización, color diente y lo colocaremos en la huella que dejó el diente antes de ser preparado en la impresión primaria esta se llevará nuevamente a la boca del paciente colocándola en la posición original y esperaremos unos minutos. Antes de que el acrílico empiece a polimerizar retiramos la impresión de la boca del paciente, en algunos casos al acrílico se viene en la impresión y en otros se quedará en la boca del paciente se retira de cualquiera de los dos lugares y con una tijera se recortarán los excedentes de acrílico de la prótesis provisional, se llevará a la boca del paciente chequeando la oclusión y como el acrílico se encuentra todavía blando si está interfiriendo la misma mordida eliminará dicha interferencia. Se retira nuevamente de la boca antes de que se realice la reacción exotérmica que podría causar una lesión en ocasiones irreversible a la pulpa dentaria. Una vez terminada la polimerización nuevamente se colocará en la preparación para ver si no sufrió ninguna deformación, si no sucedió lo anterior con una fresa de diamante se feg toneará el provisional y estará listo para ser cementado con un cemento provisional o temporal, el cual solo se colocará en la zona que correspondería a la terminación gingival de la preparación.

B. Método Indirecto.

Este método es usado por muchos dentistas y consiste en tomar una impresión primaria y obtener un modelo positivo en yeso, el cual se mandará al laboratorio, el mecánico dental o el propio dentista desgastará el diente sobre el modelo de yeso dándole una forma aproximada a la de la preparación que se realizará, posteriormente será colocado un separador yeso acrílico y procedemos a colocar el acrílico rápido sobre el diente previamente rebajado, dándole una forma aproximada con los dedos. Esperamos a que polimerice y se recorta dándole la anatomía correcta con fresones y piedras montadas, dejándolo listo para ser pulido.

Una variante de este método es haciéndolo con acrílico de cocimiento, aunque también se puede hacer con acrílico

rápido. Ya que tenemos nuestro modelo desgastado se colocará cera para mordida o para bases y se modelará el provisional en cera si vamos a trabajar con el acrílico de cocimiento se colocará el provisional que previamente fué molido en un frasco o mufla con yeso blanco, después abriremos el frasco y eliminaremos la cera con agua hirviendo. - Hecho esto colocaremos separador yeso acrílico y podremos ocupar el lugar de la cera con el acrílico abriremos nuestra mufla y retiramos el provisional del yeso y se procederá a darle el terminado final con frescos y piedras montañas, para finalmente ser pulido.

Si se trabaja con acrílico de autopolimerización en vez de colocar el provisional en la mufla se le aplicará un separador yeso y se le hará una matriz, la cual se hallará seccionada en dos partes, una de ellas se hallará por vestibular y la otra por lingual o palatina. Una vez que el yeso ha fraguado retiramos las matrices y eliminamos toda la cera, aplicaremos un separador yeso acrílico tanto a las matrices como al modelo de estudio y podremos colocar el acrílico de autopolimerización en el lugar que ocupa la cera, llevamos nuevamente las matrices de yeso a sus respectivos lugares y aplicaremos una presión ligera para no romper las matrices y esta perdurará hasta que el bastigo de acrílico haya polimerizado. Posteriormente abriremos las matrices y recortaremos los excedentes de acrílico y podremos dar el terminado final al provisional.

C. Coronas Prefabricadas.

Estas pueden ser de policarbonato o de celuloide, las dos se trabajan en forma similar, con nuestro modelo de estudio seleccionamos la corona que más se asemeje al diente en cuestión. Se hace la preparación del diente y una vez que ha sido terminada y tomada la impresión para el modelo de trabajo podremos espesar a recortar la corona y a fastonearla siguiendo la forma de la terminación gingival.

Cuando la hemos adaptado satisfactoriamente prepararemos acrílico de autopolimerización y lo colocaremos en el interior de las coronas, la cual la llevaremos al diente previamente desgastado o preparado y la presionaremos ligeramente para que el excedente de acrílico pueda salir. Retiramos la corona y recortamos los excedentes, la colocamos nuevamente en el diente para percatarnos de que tenga un buen sellado. Hecho esto la retiramos y esperamos a que el acrílico termine su polimerización si la corona es de policarbonato estará lista para ser cementada, pero si es una funda de celuloide con un bisturí cortaremos el celuloide y eliminaremos la funda y en esta forma estará lista nuestra corona provisional para ser cementada en la forma ya descrita.

CAPITULO V.

TECNICA DE PREPARACION PARA CORONAS COMBINADAS.

Las coronas completas son restauraciones que cubren la totalidad de la corona clínica del diente. Una gran variedad de coronas completas se utilizan como anclajes de puentes y difieren en los materiales con que se confeccionan, en el diseño de la preparación y en las indicaciones para su aplicación clínica. Las coronas completas de oro solado se utilizan como retenedores de puentes en dientes posteriores donde la estética no es de primordial importancia. En los dientes anteriores se usan las coronas completas de oro solado, con facetas o carillas de porcelana, o de resina sintética para cumplir con las demandas estéticas en cada uno de estos grupos de coronas existen variantes, de acuerdo con los materiales utilizados y con la situación clínica particular. La corona construida totalmente en oro para dientes posteriores la denominaremos corona solada completa, aunque a menudo se le conoce con el nombre de corona veneer de oro. La corona de oro solado con carilla estética la describiremos como corona veneer.

INDICACIONES GENERALES.

La corona completa está indicada en los siguientes casos:

- 1.- Cuando el diente de anclaje está muy destruido por caries especialmente si están afectadas varias superficies del diente.
- 2.- Cuando el diente de anclaje ya tiene restauraciones extensas.
- 3.- Cuando la situación estética es deficiente por algún defecto de desarrollo.
- 4.- Cuando los contornos axiales del diente no son satisfactorios desde el punto de vista funcional y se tiene que reconstruir el diente para lograr mejorar su relación con los tejidos blandos.
- 5.- Cuando un diente se encuentra inclinado con respecto a su posición normal y no se puede corregir la alineación defectuosa mediante tratamiento ortodóncico.
- 6.- Cuando hay que modificar el plano oclusal y se hace necesario la confección de un nuevo contorno de toda la corona clínica.

Antes de iniciar cualquier desgaste, lo primero que debemos advertir es que no se presente ninguna anomalía en la posición del diente, y si acaso la encontramos lo primero que haremos mediante desgaste, es llevar el diente

a su posición normal, por esto en muchos casos, cuando encontramos dientes muy vestibularizados, es preferible hacer el tratamiento endodóntico y colocar un poste metálico corrigiendo la posición del diente.

Como el Cirujano Dentista para hacer las preparaciones utilizará piedras montadas de diamante, es necesario recordar que en el mercado existe una clasificación de dichas fresas por el grosor del grano de diamante y así tenemos que la que presente el grano más grueso o sea la que hace mayor desgaste, es la conocida como PRESS-FRES - que comercialmente viene con el número de fresa y la P.

Le sigue las de tipo MICRO-GRADE, la cual además de grano grueso entre los espacios que quedan, llevan granos de diamante de menor tamaño y nos proporcionará un desgaste menos áspero que la anterior. Esta comercialmente lleva la letra M.

Por último encontramos la SUPER-FINISHED, la cual además de grano grueso y el mediano entre los espacios que quedan lleva un grano muy pequeño y nos dará un desgaste casi liso.

Estas fresas se utilizan principalmente para terminación final del desgaste de las piezas dentales, o en la restauración con composites, comercialmente presentan la letra S.

Acerca de la terminación gingival se ha hablado mucho algunos como los parodontistas dicen que debe de ir por arriba del borde libre de la encía, otros dicen que por estética debe de ir por debajo del borde libre de la encía, y algunos otros dicen que debe de ir al mismo nivel de dicho borde, nosotros no vamos a entrar en discusión acerca de esto, puesto que clínicamente se hará diferente y a criterio del Cirujano Dentista, dependiendo del caso en particular sobre o a nivel o por debajo del borde libre de la encía.

Se conocen cinco tipos de terminaciones gingivales y no podemos decir que alguna es mejor que las demás, ya que cada una en un caso particular será la más indicada y así tenemos que esas terminaciones son: El terminado en bisel o filo de cuchillo, el hombro, el chafan y el hombro y chafan con bisel.

La de filo de cuchillo o bisel, es aquella terminación que tiene una continuidad con el resto del diente, esto se comprenderá mejor mediante un diagrama, el cual encontraremos más adelante. El terminado con hombro es aquel que como su nombre lo indica llevará un hombro o pequeño escalón sobre el cual se apoyará la prótesis, cuando el ángulo que forma el hombro con el resto del diente lleva bisel, se dice que esta es la de hombro biselado, la terminación en chafan es aquella que forma una especie de hombro pero el

cuando esta redondeado, este se logra pasando una fresa de punta roma por toda la extensión de la terminación, de igual manera que en la terminación anterior si biselamos el ángulo que forma esa terminación con el ángulo del diente con el fin de eliminar los prismas sueltos de esmalte decimos que es una terminación en chafán biselado.



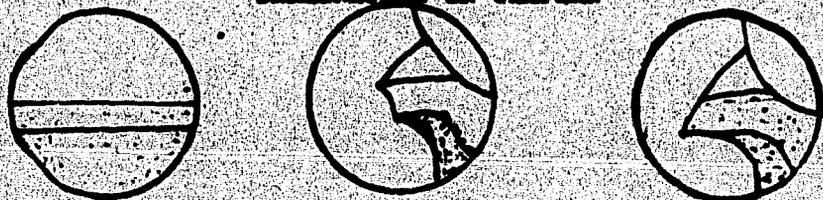
VISTAS VESTIBULAR Y LATERALES DE PREPARACIONES CON
TERMINACIONES GINGIVALES EN HOMBRO Y HOMBRO CON BISEL



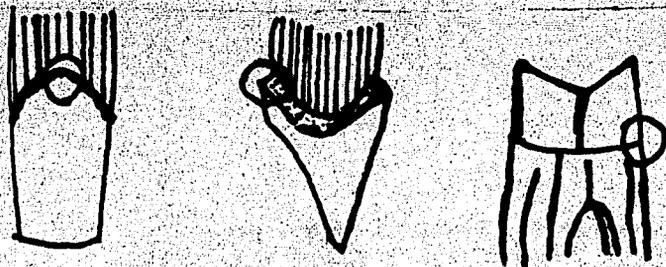
DETALLE DEL HOMBRO DETALLE DE HOMBRO CON Y SIN BISSEL



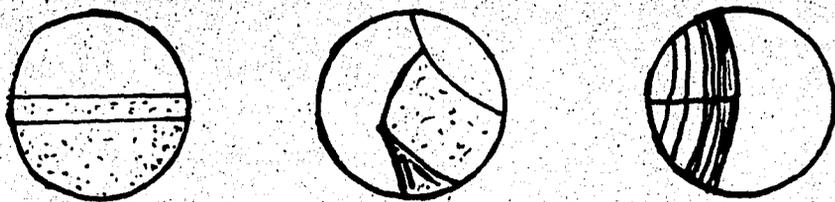
TERMINACION EN CHAPLAN



DETALLE DE LA TERMINACION DEL CHAPLAN CON Y SIN BISEL



TERMINACION EN BISEL



DETALLE EN INCISIVO Y MOLAR DE LA TERMINACION EN BISEL

A.- Técnica de la Fresa de Bola.

Recibe este nombre porque para iniciarse el desgaste del diente se utiliza una fresa de bola del número 4 para dientes anteriores y una del mismo tipo del número 6 para dientes posteriores. Además de la fresa de bola vamos a utilizar la fresa llamada de pan de azúcar o fresa fusiforme, la fresa troncoconica número 700 o 701-L de punta roma, la de rueda de coche o una llanta de 4 mm de diámetro.

Iniciaremos por hacer un surco en toda la extensión del diente desde mesial hasta distal pasando por gingival, siguiendo la forma del diente que se está preparando, lo mismo se hará por la cara lingual o palatina del diente. Una vez que hemos hecho los desgastes con la fresa de bola la cambiaremos por la fresa 700 o 701-L e iniciaremos el desgaste de la cara vestibular hasta lograr un desgaste del mismo espesor que el que nos marcó el surco hecho por la fresa de bola, con esta misma fresa haremos el desgaste de las caras proximales comunicando el surco mesial vestibular con el surco mesialopalatino, lo mismo se hará por el lado distal, al hacer estos desgastes la misma forma de la fresa dará una forma ligeramente cónica al muñón que se está preparando hay que tener mucho cuidado de no lesionar el esmalte de los dientes contiguos, con esta misma fresa desgastaremos el cingulo del diente eliminando la convexidad que esta presenta. Ahora con la fresa de pan de azúcar desgastaremos el resto de la cara lingual o palatina, se utiliza esta fresa porque se aproxima a la forma que tiene dicha cara una vez hecho el desgaste se le pide al paciente que ocluya para ver si el desgaste que se hizo nos permite dar un espesor suficiente al material restructor, con la fresa de rueda de coche vamos a desgastar el borde incisal del diente siguiendo la inclinación que tiene hacia palatino en dientes superiores y hacia vestibular en dientes inferiores. Por último con la fresa 250-3M biselaremos toda la terminación gingival al mismo tiempo que biselaremos vamos a desinsertar la encía y así estará lista nuestra preparación para tomar la impresión.

Para dientes posteriores la técnica es exactamente igual lo único que varía es que se hará un desgaste sobre la cara oclusal siguiendo la forma de la misma, este desgaste se hace con el fin de crear un espacio para que el metal tenga un espesor suficiente, este desgaste lo hacemos con la fresa de forma de huso o la de barril. El desgaste debe ser de aproximadamente de 1 mm. de espesor y será el primer desgaste que se haga después de haber marcado el surco con la fresa de bola.

B.- Empleo de Dientes Tratados Endodónticamente con fines Protésicos.

Esta técnica se utiliza para rehabilitar dientes ---

que han sido tratados previamente por endodóncistas y la técnica a seguir es sumamente sencilla.

Con la fresa número 700 o 701-L empezaremos a desobturar el conducto radicular poco a poco y siguiendo con mucho cuidado la dirección que nos va indicando el material obturante hasta lograr desobturar dos tercios de la longitud de la raíz, se eliminará todo el material obturante y se alisa un poco las paredes de dentina teniendo mucho cuidado de no crear ninguna retención, una vez desobturado tomaremos una impresión del interior de la raíz, la podemos tomar con silicón de cuerpo pesado y un obturador de tipo Mortonson o con una jeringa de presión y silicón de cuerpo pesado e incluso con hules de polisulfuro y jeringa para este material. Con el obturador de Mortonson y el silicón de cuerpo pesado separaremos una pequeña porción de silicón con su respectivo catalizador, tomamos una pequeña porción de silicón y lo hacemos en forma de barra para introducirlo en el conducto y con el obturador Mortonson lo espacamos hasta que salgan excedentes por ambos lados de la punta del obturador, inmediatamente tomamos el resto del material y lo colocamos sobre el diente en cuestión, esperamos a que polimerice el material y lo retiramos de la boca y ya podemos obtener un modelo positivo en yeso, sobre este modelo se empacará cera para modelar y modelaremos un poste el cual llevará la forma de un muñón.

Con silicón de cuerpo pesado y jeringa de presión manipulamos el silicón y cargamos la punta de la jeringa con este material, colocamos el empaque e introducimos la punta de la jeringa, llevamos la punta al conducto radicular y empezamos a depositar el material del fondo hacia la superficie, con el resto del material tomaremos una impresión de la región, al igual que la técnica anterior esperamos a que polimerice el material para retirarlo de la boca.

Con hules de polisulfuro y jeringa para estos la técnica es muy similar a la anterior, solo que en esta necesitamos hacer previamente un portaimpresión o cucharilla individual a esta se le coloca en su parte interna un adhesivo para que el hule se adhiera, se preparan dos porciones de hule al mismo tiempo y una de estas se introducirá en la jeringa mientras que la otra se colocará el portaimpresión o cucharilla individual, se depositará con la jeringa el hule del fondo hacia la superficie e inmediatamente llevaremos la cucharilla individual sobre la región por impresionar.

Esta técnica de poste y espiga se puede hacer de dos formas, una cuando la corona del diente está casi por completa destruida es preferible eliminarla por completo haciendo una zapata como si fuera un techo de dos aguas con sus respectivas inclinaciones hacia vestibular y hacia lingual o palatino, entonces el poste se modelará en

forma de muñón sobre el cual se colocará una prótesis. La otra es cuando la corona de metal se encuentra casi completa, únicamente se modelará el poste reconstruyendo la zona destruida de la corona y el Cirujano Dentista después de cementar el poste y la espiga procederá hacer la preparación como si fuera un diente vital. En dientes posteriores de más de un conducto radicular se hará el mismo tratamiento solo que se meterá una espiga en cada conducto y se harán en forma individual pero al mismo tiempo de harán quedar unidos como si fuera uno solo. Estos postes y espigas se deberán vaciar perfectamente en oro platinado por las cualidades físicas que presentan.

C.- Reconstrucción de Coronas con Pernos y Amalgamas o Composites.

Esta técnica la vamos a utilizar en los casos que la corona del diente se encuentre muy destruida o en dientes que presenten fracturas muy amplias, pero sin llegar a afectar la pulpa dental, es muy importante que el Cirujano Dentista conozca de sobra la morfología pulpar de todos los dientes ya que de lo contrario al querer hacer la perforación para colocar los pins podría dañar la pulpa del diente. Existen en el mercado una gran variedad de presentaciones de los pins y así hay pins que se cementan y otros que se atornillan algunos otros que entran a presión aunque para todos la técnica es muy parecida ya que todos traen una broca con el diámetro exacto del pins. Técnica en dientes anteriores se colocan dos pins, uno mesial y otro distal, se hacen las perforaciones en estos lugares, ya que si los hicieramos por lingual o palatino lo mas seguro es que lastimaríamos el tejido pulpar, una vez que hemos hecho nuestras perforaciones, procederemos a colocar nuestros pins dentro de las mismas, se atornillan se cementan o introducen a presión y doblaremos un poco las puntas haciéndolas converger para darle retención al composite.

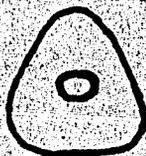
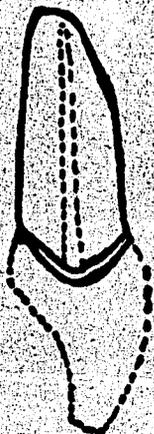
Quando han sido colocados los pins, adaptaremos una corona funda de celuloide hasta que queden bien adaptadas al diente, prepararemos el composite de color contrastante y llenaremos con esto la funda, la llevamos a su lugar y esperaremos a que el composite polimerice, con un bisturí cortamos la funda de celuloide y la retiramos y estará listo el diente para hacerle la preparación seleccionada.

En piezas posteriores las perforaciones para los pins se harán en la zona que corresponda a las fosetas triangulares mesial y distal así como a los surcos, centro lingual y mesiodistovestibulares en molares inferiores y disto palatino y centro vestibular en dientes superiores. Colocaremos los pins en sus respectivas perforaciones que se harán converger hacia el centro de la pieza para que al colocar la amalgama se retenga, si utilizamos amalgama para la reconstrucción será necesario colocar una malla metálica al rededor de la pieza para poder condensar

bien nuestro material, esperamos a que cristalice la amalgama para retirar la matriz metálica de preferencia se dejará la amalgama por 24 horas para que sufra sus expansiones y contracciones normales. Una vez transcurrido este tiempo se podrá desgastar para hacer la preparación o el suñón sobre el cual va a ser colocada nuestra prótesis.

Si vamos a utilizar composite los pins se colocan en igual forma y en vez de utilizar una matriz metálica podremos utilizar una funda de celuloide o una corona de policarbonato, la cual será primero ajustada y se seguirán los mismos pasos que en la primera técnica descrita, los composites pueden ser desgastados inmediatamente después de haber terminado su polimerización.

TECNICA DE POSTE Y ESPIGA



VISTAS DEL CONDUCTO PREPARADO

POSTE Y ESPIGA



VISTAS DEL CONDUCTO PREPARADO



FRACTURA DEL
ANGULO

RECONSTRUCCION CON PERNO Y COMPOSITES

D.- Técnica del Cono Invertido.

Esta técnica es de las más recientes y para realizarla no necesitamos fresas muy especiales como en otras técnicas ya que requiere para su iniciación una fresa de diamante de cono invertido como las que utilizamos diariamente para hacer operatoria dental, con esta fresa vamos a hacer un surco siguiendo la forma del borde libre de la encía, el cual se prolongará hasta mesial y distal hasta sacarlos por el borde incisal, estos desgastes se harán con el fin de que nuestra preparación tenga un espesor de desgaste uniforme, se debe hacer con una fresa de regular tamaño ya que si le hicieramos con una fresa muy grande además de destruir demasiado tejido dental, corremos el riesgo de dañar la pulpa. El vástago de la fresa va a actuar como tope y esto nos va dar un terminado gingival de un mismo espesor. Una vez que hemos hecho los surcos, por vestibular y por lingual o palatino, procedemos a eliminar las áreas de contacto con una fresa troncocónica número 700 o 701-L de punta roma. Una vez eliminadas las áreas de contacto con esta misma fresa haremos el desgaste de la cara vestibular y eliminaremos la convexidad del ángulo con la misma, cambiaremos la fresa por una fusiforme para hacer el desgaste de la cara lingual o palatino y después con una rueda de coche o una lianta de 4 mm. de diámetro recortaremos el borde incisal una quinta parte del largo total de la corona del diente, por último utilizaremos la fresa de diamante número 250 3M para biselar todo el ángulo de la terminación gingival, al mismo tiempo que desinsertamos la encía.

En dientes posteriores se inicia con una fresa de cono invertido un poco mayor que la anterior y marcaremos un surco a toda la extensión del diente, siguiendo la forma de la encía prolongándonos por mesial y distal hasta sacarlos por la cara oclusal, esto se hará por lingual o palatino y por vestibular, con la fresa fusiforme haremos el desgaste de la cara oclusal siguiendo la anatomía del diente, este desgaste se hará aproximadamente de 1 mm para dar lugar a que el metal tenga un espesor suficiente, chequearemos que no haya oclusión con el diente antagonista y cambiaremos la fresa por la 701-L de punta roma y con esta fresa desgastaremos las áreas de contacto, y las caras vestibulares y linguales o palatinas para que por último con la fresa número 250 3M biselar la terminación gingival y desinsertar la encía.

E.- Técnica de la Fresa de Miller.

Esta técnica para desgastar dientes con el fin de recibir una prótesis no es muy usada en nuestro país debido a la dificultad que implica el adquirir la fresa que fué diseñada por el Dr. Miller, es una técnica que para el estudiante de odontología o para el profesional recién

egresado puede ser de mucha utilidad, porque se puede medir la superficie del desgaste que se realizará en la superficie del diente, ya que la fresa trae un tope integrado que nos va a impedir el desgaste exagerado o innecesario del diente.

Entrando de lleno en la técnica en sí, iniciaremos -- nuestro desgaste con la fresa de Miller que previamente -- hemos seleccionado según el desgaste requerido, con la -- fresa haremos un surco en forma de U por la cara vestibular del diente que irá del borde incisal por mesial pasando por cervical y siguiendo el contorno gingival para salir por distal hasta el borde incisal, como se representará en los dibujos. Una vez realizado este desgaste se hará lo mismo por la cara palatina o lingual respectivamente en dientes superiores e inferiores, para seguir haciendo nuestros desgastes con fresa de fisura para prótesis, en la cara vestibular eliminando la misma cantidad de tejido dentario que nos marca el surco se elimina todo el tejido comprendido entre el surco mesial y distal. Cuando hemos eliminado este tejido procederemos a eliminar las áreas de contacto, teniendo mucho cuidado de no dañar los dientes contiguos, esto lo haremos con la misma fresa anteriormente mencionada uniendo los surcos mesiales y distales de vestibular a lingual o palatino, ahora pasamos a hacer los desgastes de la cara lingual o palatina del diente en cuestión, lo primero que haremos con la fresa de fisura será eliminar la convexidad del cíngulo, con la fresa de pan de azúcar o de barril o con la misma de Miller desgastaremos la concavidad que tiene el diente del tercio medio al incisal. Esto se hace con el fin de dar un espacio para que el material de restauración tenga suficiente espesor, por último con la fresa de rueda de coche o la de Miller que son muy similares eliminaremos de uno a dos mm. de tejido del borde incisal, siguiendo la inclinación del mismo que en dientes superiores es de vestibular a lingual y en dientes inferiores es inverso. Para terminar la preparación del muñón con fines protésicos vamos a biselar el ángulo que forman la terminación gingival con el resto del diente que no fué rebajado, al mismo tiempo que biselamos este ángulo con la fresa 250 3M vamos a desinsertar la encía con el fin de que al impresionar el diente rebajado, el material de impresión logre producir un poco más abajo de la terminación gingival para que la corona metálica tenga una buena adaptación a la preparación y un buen sellado que es de lo que va a depender el éxito o el fracaso de la restauración.

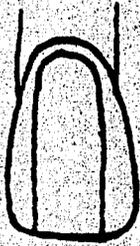
Para desgastar un diente posterior como es un premolar o un molar, la técnica difiere un poco, iniciamos los desgastes del diente con la fresa de barril sobre las cúspides del diente. Este desgaste debe ser siguiendo la forma de la cara oclusal del diente y deberá de ser de 1 mm. se le pide al paciente que ponga sus dientes en oclusión y observaremos que haya espacio suficiente para el mate--

cial restaurador, ahora con la fresa de Miller se harán surcos en la misma forma que en los dientes anteriores y también se eliminará el tejido comprendido entre los surcos tanto vestibular como linguales o palatino procederemos a eliminar las áreas de contacto teniendo cuidado de no dañar las caras proximales de los dientes contiguos, para terminar la preparación biselaremos los ángulos que se hayan formado al hacer los desgastes necesarios y con la fresa 250 3M biselamos la terminación gingival que en estos casos puede ir por arriba del borde libre de la encía ya que no afecta a la estética del paciente.

F.- Técnica de Frazer.

Esta técnica para desgastar dientes con fines protésicos requiere de fresas especiales que a continuación vamos a mencionar, la primera fresa que utilizaremos es de forma circular como una rueda de coche con diámetros determinados y un tope que nos va dar el espesor del desgaste, otra es como una fresa de fisura larga que tiene una superficie de corte en toda su extensión exceptuando la punta de la misma y otra la cual es también larga pero únicamente tienen superficies de desgaste en la punta.

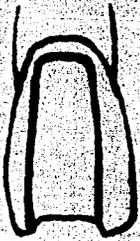
La técnica se inicia con la fresa de rueda de coche haciendo un desgaste en forma de U por la cara vestibular del diente, empezando el desgaste al nivel del borde incisal por mesial siguiéndolo hasta cervical, dando la forma del contorno gingival y prolongándolo por distal hasta llegar nuevamente a nivel del borde incisal, con esta misma fresa vamos a hacer otro surco que parta longitudinalmente al diente en dos desde el borde incisal hasta el borde que hemos realizado en cervical, hacemos un surco exactamente igual al iniciar por la cara palatina con la fresa de Frazer vamos eliminar o desgastar el tejido que nos quedó entre el surco central y ya sea en mesial y distal, cuando no se tiene un control absoluto de la fresa tiene un tope que nos va impedir el desgaste exagerado y nos va dar el mismo espesor de desgaste eliminando la porción que corresponde al tercio incisal luego la del central y por último la de cervical y siguiendo la forma que nos dé el surco hecho en gingival posteriormente con esta misma fresa vamos a eliminar el tejido que forman las áreas de contacto o las áreas proximales, teniendo cuidado de no dañar las caras proximales de las piezas contiguas. Con esta misma fresa vamos a eliminar la convexidad del cingulo, con una fresa de pan de azúcar o de barril o bien con la rueda de coche vamos a eliminar o desgastar el resto de la cara palatina o lingual siguiendo la forma de la misma, el desgaste del borde incisal lo haremos con la rueda de coche desgastando de un mm. a 2 del espesor del tejido, cambiamos la fresa por la que tiene zona de trabajo o de des-



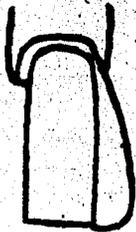
SURCO INICIAL



CORTES SEGUN LA TERMINACION SELECCIONADA



DESGASTE DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR



DESGASTE DE LAS SUPERFICIES PROXIMALES





DESGASTE DEL CINGULO



DESGASTE DE LA CARA PALATINA O LINGUAL



DESGASTE DEL BORDE Y BICELADO DE LA PREPARACION

gaste únicamente en la punta y bajaremos la terminación gingival hasta la altura que haya seleccionado el Cirujano Dentista en cada caso particular. Por último con la fresa 250 M vamos a biselar todos los ángulos punta que se hayan formado al hacer los desgastes, así como la terminación gingival y al mismo tiempo vamos a desinsertar la encía del diente así tendremos lista la preparación para que con el material de impresión podamos reproducirla.

En dientes posteriores la técnica es similar pero se inicia con una fresa de barril o con una de llanta, haciendo un desgaste sobre las cúspides del diente siguiendo la forma de dichas cúspides este desgaste nunca será plano, ya que si se realiza en esta forma se corre el riesgo de dañar el órgano pulpar. Cuando hemos realizado este desgaste le pedimos a nuestro paciente que oculte, y así observamos que no va a haber contacto con su antagonista, ahora si seguiremos los mismos pasos que la técnica de desgaste de los dientes anteriores, o sea que haremos los surcos, desgastaremos la cara vestibular, después la lingual o palatina, eliminamos las áreas de contacto y bajamos la terminación para finalmente biselar los ángulos de la preparación. En piezas posteriores no es necesario bajar la terminación gingival a nivel o por debajo de la encía ya que no interesa tanto la estética como en dientes anteriores.

CAPITULO VI.

TOMA DE IMPRESIONES DE LAS PREPARACIONES
Y ELABORACION DE LOS MODELOS DE TRABAJO

A.- Toma de impresión con anillo de cobre. En primer lugar se necesita seleccionar el anillo de cobre del tamaño adecuado, una vez realizado esto, procedemos a recortarlo siguiendo la forma del cuello del diente en cuestión, para no lastimar los tejidos blando adyacentes, cuando ha quedado perfectamente adaptado a la forma del diente procedemos a festonear y eliminar todos los filos del anillo de cobre y en el extremo opuesto se hacen una serie de cortes formando pequeñas lengüetas, doblamos las lengüetas hacia afuera, para comodidad del operador, al ejercer la presión con el dedo sobre el anillo de cobre, además estas lengüetas nos servirán para manipular el anillo al cargarlo con nuestro material de impresión seleccionado y también para retirarlo ya que si lo presionamos por los lados podríamos deformarlo y por consiguiente nuestra impresión ya no sería lo fiel -- que requiere un trabajo tan delicado y fino como es la prótesis.

Para tomar una impresión con anillo de cobre podemos recurrir al empleo de muy diversos materiales de impresión tales como la modelina de barra, silicón de cuerpo pesado, hule de polisulfuro hidrocoloides reversibles e incluso los compuestos zinquenólicos.

1.- CON MODELINA DE BARRA.

Se reblandece la modelina directamente en la flama, y observamos que se pone brillante, una vez que empieza a perder el brillo procedemos a cargar el anillo de cobre, y se coloca en el diente por impresionar, haciendo un poco de presión sobre el extremo abierto para que el material impresione perfectamente bien todos los detalles del diente en cuestión, se espera a que solidifique la modelina y se retira el anillo con la impresión, se bardea el mismo con un pedazo de mica o celuloide y se procede a correrlo con un yeso tipo velmix para así obtener un dado, se hace cónico para que pueda entrar y salir en el modelo de trabajo.

Para obtener el modelo de trabajo, y colocar el dado individual, en el mismo colocamos el anillo de cobre con nuestra impresión en el diente preparado y se toma una impresión de la región con el anillo sobre el diente, una vez que nuestro material de impresión ha gelificado se retira la impresión de la boca con el anillo de cobre dentro de esta, colocamos el dado individual de trabajo previamente engrasado o embarrado de separador yeso-yeso dentro del anillo de cobre y procedemos a forrar el modelo de trabajo, una vez que ha fraguado el yeso se retira el modelo de la impresión y se retira el dado individual para comprobar que

puede entrar y salir fácilmente en el modelo, esto nos facilitará el modelo de las áreas de contacto y la terminación gingival.

2.- CON SILICON DE CUERPO PESADO.

Se toma una porción de silicon al cual se le agregan -- unas gotas de catalizador, el operador manipula este material con las manos como si lo estuvieran amasando hasta que se incorpore perfectamente al catalizador en la masa del silicon, el cual deberá tener consistencia zigajosa, procederemos a cargar el anillo de cobre, lo llevamos al diente -- previamente tallado y presionamos el extremo abierto con el dedo para que no se desaloje completamente el material de impresión, pero sin ejercer demasiada presión pues no dejaríamos salir los excedentes del material, una vez que hemos comprobado que el silicon ha catalizado, lo retiramos, secamos perfectamente la impresión y hacemos lo mismo con el -- diente preparado y procedemos a espatular un poco de silicon de cuerpo ligero con su respectivo catalizador, una vez que este se ha preparado perfectamente bien llevamos una -- porción suficiente a nuestra impresión y colocamos nuevamente el anillo en el diente en cuestión, y si por alguna razón hubiese faltado un poco de material de impresión al rectificarlo con el silicon frío se llenará este espacio y tendremos una impresión de muy buena calidad y muy confiable, para correr el positivo, se hace en la forma ya descrita en la toma de impresión con modelina de barra.

3.- CON HULE DE POLISULFURO.

Una vez que tenemos bien adaptado nuestro anillo de cobre, sacaremos del tubo dispensador un poco de pasta base y otra porción de pasta catalizadora sobre una loseta perfectamente limpia y procedemos a espatular las dos pastas hasta lograr un color homogéneo, cuando hemos obtenido esto, -- procedemos a secar perfectamente la preparación y a cargar el anillo de cobre para impresionar el diente en cuestión, haciendo una ligera presión con el dedo y dejando que salga el excedente de material de impresión, cuando el material -- ha alcanzado su catalización, podemos retirar el anillo del diente y podemos proceder a correr nuestro dado individual de trabajo. Este material de impresión tiene como el silicon densidades diferentes, y se puede rectificar como la -- técnica anterior.

También existe una jeringa para llevar el material de impresión a los lugares más profundos de una cavidad.

4.- CON HIDROCOLOIDES REVERSIBLES.

Los hidrocoloides reversibles están cayendo en desuso -- debido a la complicación que es la técnica de preparación de este material de impresión y el tiempo que requiere el -- reblandecimiento y además que requiere de una estufa especial.

Quando hemos logrado el reblandecimiento de nuestro material de impresión, secamos nuestro diente y cargamos nuestro anillo previamente festoneado, lo llevamos sobre el diente en cuestión por impresionar y esperamos a que nuestro material de impresión gelifique para poderlo retirar y así proceder a elaborar nuestro dado individual de trabajo.

1.- CON COMPUESTOS INORGÁNICOS.

Antes de presentarse en el mercado con los pastas que vienen en dos tubos dispensadores, sobre una loseta limpia se colocan cantidades iguales de pasta base y pasta catalizadora, con una espátula se mezclan las dos pastas hasta lograr un color homogéneo, habiendo logrado esto, cargamos nuestro anillo de cobre, secamos el diente e impresionamos. Esperamos a que solidifique el material y lo retiramos. Como en los casos anteriores se procede a elaborar el dado de trabajo individual.

2.- TÉCNICA DE IMPRESIÓN CON SILICÓN Y PORTAIMPRESIONES.

Manipulación:

Este material se puede manipular en una loseta con una espátula o bien con las manos, cuando se hace en la loseta se le hace una serie de muescas con la misma espátula, lo mezclamos hasta que el catalizador quede bien incorporado en la masa de silicón, si el material lo manipulamos con las manos lo tendremos que hacer como si lo estuviéramos amasando para que el catalizador se incorpore bien una vez logrado esto llevamos la pasta de impresión al portaimpresiones el cual introduciremos en la boca para impresionar la región que nos interesa, los dientes que vamos a impresionar deben encontrarse limpios de saliva ya que esta ocupa un espacio y la impresión no tendrá la fidelidad requerida, esperamos el tiempo suficiente para que nuestro material de impresión polimerice completamente y así poderlo retirar de la cavidad oral, posteriormente secaremos la impresión con aire a presión y procederemos a rebasarlo con un silicón de cuerpo ligero, el cual se manipula sobre una loseta con una espátula, también se le agrega catalizador y se mezcla perfectamente bien hasta que la totalidad del catalizador se haya incorporado, se coloca sobre la impresión primaria una porción de este material y secamos nuevamente los dientes que interesan en la impresión, llevamos nuevamente nuestra impresión a su posición original dentro de la cavidad oral, esperamos a que polimerice este material para retirarlo de la boca. Lavamos nuestra impresión y procedemos a correrla en yeso esto lo podemos hacer en dos formas:

1.- Se prepara el yeso en la taza, espátula y se vibra, se toma una pequeña cantidad con la espátula, se coloca en el extremo de la impresión vibrándolo para que el yeso vaya llenando las huellas dejadas por los dientes del fondo hacia la superficie, con el fin de que no queden burbujas de

aire atrasadas, una vez que las coronas se han llenado completamente se colocaran unos aditamentos llamados dowers — pins (son pequeñas barras de metal que en su eje mayor son cónicas presentando una pared plana y una cabeza moleteada) en las coronas de los dientes y se espera a que el yeso fragüe. En los extremos del modelo se hacen unas muescas para que el yeso que va a formar el zócalo se adhiera al yeso — que se colocó primero, se coloca un separador yeso-yeso sobre el yeso donde se encuentran los dientes que nos interesan y se procede a correr el zócalo o base con yeso, una — vez que fragüe este, se podrá retirar el modelo del portaimpresiones seccionaremos con una sierra de joyero la primera parte del yeso y así podremos retirar como dados individuales de trabajo los dientes preparados, para realizar el modelo en cera.

2.- La otra forma como se puede hacer el corrido o vaciado de la impresión, es preparando el yeso y colocando — una pequeña cantidad en el extremo de la impresión, llenando hasta que se cubran todas las huellas dejadas por las coronas de los dientes e incorporar el resto de yeso formando una base, una vez fraguado el mismo se retirará del portaimpresiones y se coloca en una recortadora para yeso, y se hará una guía con yeso tipo beta o blancanieves colocando separador yeso-yeso, una vez que el último ha fraguado se retira el modelo de trabajo y procederemos a seccionarlo con una sierra de joyero.

TECNICA DE LA DOBLE IMPRESION CON SILICON DE CUERPO PESADO.

La manipulación se hará como en el caso anterior con — las manos o en una loseta, una vez que se ha incorporado el catalizador se procederá a hacer con la masa una especie de croqueta alargada y se colocará en la boca sobre las piezas por impresionar sin emplear portaimpresiones, una vez que — hemos cubierto bien las piezas que nos interesan le sugerimos al paciente que cierre su boca y muerda la masa del silicón, se espera a que polimerice y se retira de la boca, — con aire a presión secaremos nuestra impresión y prepararemos el silicón de cuerpo ligero para colocarlo en la impresión primaria, lo llevaremos nuevamente a la boca del paciente, lo colocamos en su lugar y nuevamente se le sugiere al paciente que muerda, esperamos a que termine la polimerización y retiramos nuestra impresión de la boca. Con este — tipo de impresiones el modelo de trabajo, el modelo antagonista y la relación de oclusión.

Para obtener los positivos lo haremos primero por el lado que va a ser nuestro modelo de trabajo y después el antagonista. Para retirar los modelos de la impresión, primero los montamos en un articulador y al abrir el articulador automáticamente quedan los modelos en oclusión y puede ser retirada la impresión.

TECNICA CON JERINGA DE PRESION.

Esta técnica se realiza con silicón de cuerpo pesado y una jeringa de presión para composites.

Preparamos el material en la misma forma que en las dos técnicas anteriores y colocamos un poco en la punta de la jeringa, la cual se lleva a la boca y se empezará a inyectar el silicón en el intersticio gingival para impresionar bien por debajo de la terminación gingival una vez realizada esta operación tomaremos una impresión ya sea con portaincisiones o una doble impresión.

CAPITULO VII.

ELABORACION DE LA CORONA EN CERA.

INVESTIDO Y VACIADO DE LA MISMA.

Para elaborar la corona en cera es necesario tener un buen molde de trabajo, ya sea seccionado y con un dower - pins de preferencia se recorta o se rebaja un poco el yeso debajo de la terminación, gingival para que no nos estorbe y la cera selle perfectamente bien al rededor de la corona y en toda la terminación gingival.

Aplicamos un separador yeso-cera que se puede preparar fácilmente mezclando partes iguales de glicerina, alcohol y detergente líquido.

Una vez aplicado el separador procederemos a llenar con cera el muñón, la cera la aplicamos por goteo, tratando de dar forma aproximada del diente, después con una espátula de lecrón se moldeara y alisará la cera dándole la forma del diente en cuestión por palatino o lingual, teniendo mucho cuidado en restablecer bien el área de contacto con los dientes contiguos, por vestibular solo aplicaremos una capa muy delgada de cera sobre lo que corresponde al muñón y lo demás lo dejaremos hueco y con pequeñas retenciones para que el plástico se retenga bien.

Para moldear una corona de porcelana se hará goteando un poco de cera sobre el muñón siguiendo la forma de este para hacer una copia metálica que lleva un espesor muy delgado sobre la cual se aplicará la porcelana.

Una vez que tenemos moldeadas nuestras coronas en cera, vamos a colocar los cueles o bebederos, los cuales se colocan en la parte más incisal de la cera, se puede colocar solo uno o dos que se unan.

Una vez hecho lo anterior haremos una cámara de compensación para evitar contracción del metal al estarse en friando. Esto lo haremos aplicando una gota de cera sobre el cuele a distancia de nuestro patrón de cera, por último vamos a colocar nuestro modelo en una peana que es una goma de hule con una perforación en el centro, una vez colocada la corona en la peana, vamos a seleccionar un cubilete aproximado para el tamaño de nuestra corona, el cubilete es un cilindro metálico el cual se recubre por su parte interna con papel asbesto humedecido, se coloca el cubilete en la peana se fija con cera pegajosa para que no se fuge el material de investimento y además no entre aire por esta zona.

Una vez que ha sido fijado el cubilete proseguimos a preparar el material de investimento que generalmente es investidura gris o cristobalita que son materiales refractarios que resisten altas temperaturas esto se prepara en

una tasa de hule y con una espátula para yeso, se mezclan el polvo y el agua, se vibra y se empieza a llenar el cubilete que previamente ha sido colocado sobre un vibrador para que no queden burbujas de aire atrapadas, se vierte un poco de la mezcla de revestimiento y se observa como van saliendo las burbujas de aire a la superficie, se --- agrega otro poco y así sucesivamente hasta que esté lleno el cubilete, se deja que el material fragüe para retirar la peana, cuando esto ha sucedido vamos a observar una --- concavidad que es la huella que dejó la peana y esta nos sirve para que se aloje el material cuando esta fundido, hecho esto vamos a introducir el cubilete dentro de un --- horno para desencerar el cual debe estar frío y vamos a --- calentarlo a una temperatura de 1200 a 1500 grados centígrados para quemar la cera, en este horno lo vamos a de--- jar de 30 a 60 minutos para que la cera se queme completa--- mente. Una vez que ha transcurrido este tiempo vamos a --- preparar nuestra centrífuga que es una máquina que consta de un resorte el cual tiene un eje sobre el cual vamos a encontrar un brazo que en un extremo tiene una pesa para nivelarlo y del otro tiene un compartimiento para alojar el cubilete y un crisol en el cual se fundirá el metal, --- este brazo se hará girar en sentido contrario al del re--- sorte para tensarlo y se le coloca un tope.

Ahora que ya tenemos preparada la centrífuga sacaremos el cubilete del horno para desencerar y lo colocamos sobre el compartimiento y sobre el crisol refractario vamos a co--- locar el metal con el que vamos a vaciar las coronas que --- debe ser oro platinizado y oro cerámico para coronas de --- oro plástico y oro porcelana respectivamente, con un sople--- te calentamos el oro y le colocamos un poco de bórax que --- nos va a servir como fundente, en el momento en que el oro se licúa se suelta el tope de la centrífuga que se pondrá a girar, el metal entrará y llenará el lugar ocupaba la ce--- ra por efecto de la fuerza centrífuga, esperamos a que la --- máquina se pare por sí sola para retirar el cubilete, con unas pinzas e introducimos en un recipiente con agua, debi--- do al cambio de temperatura el revestido se rompe y queda nuestro colado de oro ya sin material de investido, con un mechero calentamos el colado y lo introducimos en un reci--- piente que tenga ácido sulfúrico para limpiar el colado de las impurezas de la combustión, lo lavamos con agua circula--- nte y un cepillo hasta quitar todo el ácido del colado, ahora tenemos un colado listo para ser probado en nuestro dado de trabajo y si vemos que es un colado fiel como el --- patrón de cera que habíamos elaborado procederemos a cor--- tar los cueles con un disco de carburo, con una piedra mon--- tada de grano grueso limamos todas las asperezas y lo afi--- naremos con la piedra montada de grano fino y ya estará --- listo para ser probado en nuestro paciente.

CAPITULO VIII.

PRUEBA DE METALES. APLICACION DEL PLASTICO Y LA PORCELANA.

a).- Prueba de Metales.

Una vez que tenemos el respaldo vaciado en oro listo para ser probados en el paciente, retiramos el provisional que fué colocado en el paciente interesado así como nuestra curación cementante que se haya adherido al diente, retiramos los metales del modelo de trabajo y lo llevamos a su lugar en la cavidad oral y con explorador probamos que exista solución de continuidad entre el diente y el metal, si es posible esto se probará radiográficamente. En la radiografía se debe observar como si fuera una misma línea la que forma el metal y el diente. Se checará la oclusión para que no haya interferencias que vayan a causar trastornos, así como para que haya una oclusión adecuada.

Habiendo comprobado lo anterior, procedemos a tomar una impresión con el metal colocado en su lugar para que al retirar la impresión en la misma venga el metal. Esta impresión es para el terminado de la corona.

b).- Aplicación de Plásticos.

Necesitamos tener un buen modelo en el cual se encuentre montado el respaldo metálico y se pueda definir hasta que lugar vamos a poner el plástico, ahora vamos a aplicar un opacador de metales sobre la superficie que corresponde a la cara vestibular del diente, esperamos a que este seque bien para aplicar una cantidad suficiente de cera, para modelar el frente o carilla, una vez que hemos modelado esto, podemos retirar nuestra corona del modelo. En una mufla de riñón o de cuarto de arcada, vamos a colocar yeso blanco tipo beta en la base de la cual vamos a introducir la corona haciendo que sobresalga únicamente la cera o carilla, posteriormente vamos a colocar el arillo de la mufla habiendo colocado un separador yeso-yeso en el yeso de la base una vez que haya fraguado, llenamos el arillo con yeso blanco hasta llenarlo vibrándolo para que salgan las burbujas de aire atrapadas para que por último colocar la tapa, esperamos a que el yeso fragüe. Ahora podremos abrir la mufla o frasco con agua hirviendo vamos a verterla sobre la cera hasta que sea eliminada por completo, desenchufada la mufla se deja enfriar y mientras tanto preparamos en un godete el plástico que vamos a colocar, al mismo tiempo ponemos a remojar un trozo de papel celofán, colocamos el acrílico en la huella que dejó la cera, colocamos celofán encima y colocaremos nuevamente en su lugar el arillo de la mufla, habiendo colocado nuevamente un separador yeso-acrílico sobre el yeso que se encuentra en contacto con el acrílico, cerramos la mufla y la colocamos en la --

prensa haciendo muy poca presión.

Eliminamos la presión y retiramos la mufa, la abrimos y con una espátula recortamos los excedentes del acrílico se vuelve a cerrar para ser prensada nuevamente con mayor presión y se repite la operación anterior hasta que no haya excedentes. Ahora ya podemos prensar a la máxima presión dejando la mufa en la prensa, se introduce en un recipiente con agua y se deja hervir durante quince a treinta minutos para que el plástico polimerice, se retira el recipiente del fuego y se espera a que el agua se enfríe para retirar la mufa de la prensa y abrirla para sacar nuestra corona con el acrílico ya aplicado.

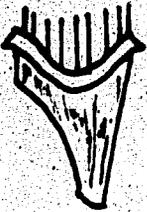
Con una espátula eliminamos el yeso que se introdujo dentro de la corona, la colocamos en nuestro modelo y sobre este se detallará con piedras montadas y fresones. Ahora podremos proceder a pulir el acrílico, primero con tierra pomex y discos de manta, hasta que se hayan quitado los poros del acrílico. Luego con un disco de manta limpio se aplicará un poco de pasta para abrillantar el acrílico, ahora pasaremos a pulir el respaldo metálico con hules abrasivos hasta eliminar las asperezas que hayan quedado, por último aplicamos con un cepillo un poco de rojo inglés o trípoli los cuales eliminaremos con discos de fieltro para abrillantar y terminar de pulir la corona. Lo último que hacemos es lavar con una solución jabonosa caliente y con un cepillo la corona y el modelo de trabajo y así dejar lista nuestra corona para ser colocada en la boca del paciente.

c).- Aplicación de la Porcelana.

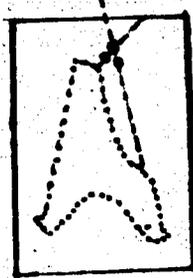
Para aplicar la porcelana, colocaremos el opacador de metales sobre la cofia, lo dejamos secar y preparamos la porcelana, una vez hecha la mezcla vamos colocando la porcelana sobre la cofia y con un papel absorbente se va eliminando el excedente de agua. Se coloca otra porción de la mezcla dándole la forma del diente, se vuelve a secar y se seguirá colocando la porcelana y eliminando el agua hasta excedernos aproximadamente 1 mm. para que al cocer la porcelana sufra la contracción normal y pierda el agua y se unan íntimamente los granos de porcelana, cuando ya ha sido cocida, se dice que la porcelana se encuentra en consistencia de bizcocho y en este estado se deberá probar la corona en la boca, para observar las áreas de contacto, la oclusión y poder detallar la corona.



MODELADO EN CERA PARA CORONA ORO-PLASTICO



COPIA EN CERA PARA CORONA ORO-PORCELANA



INVESTIDO DE LOS PATRONES DE CERA

CAPITULO IX.

PRUEBA DE BIZCOCHO PARA CORONAS ORO PORCELANA.

Este paso en la construcción de la prótesis, lo seguiremos únicamente en la restauración con coronas oro porcelana y consiste en probar la corona como sale del horno sin glasear.

Este paso se hace con el fin de recortar y matizar perfectamente bien para que quede en la boca lo más similar posible a los dientes contiguos naturales, en este caso podemos recortar la corona si quedó larga o muy ancha, lo cual si ya estuviera terminada, no podríamos hacer ya que perdería el acabado natural que se le da.

Una vez que hemos hecho los ajustes necesarios, se mandará al laboratorio o bien se llevará a glasear en el propio laboratorio del dentista y ya glaseada estará lista para ser cementada definitivamente en la boca del paciente.

En dientes posteriores además de checar la forma fisiológica, el color etc., se debe de observar que no vaya a interferir en lo más mínimo con los movimientos funcionales de masticación, lateralidad protrusión y retrusión.

Si llegamos a notar alguna interferencia o que el paciente la refiera, introduciremos papel de articular y con fresas de diamante desgastaremos los puntos de dicha interferencia, hasta que se puedan realizar los movimientos anteriormente mencionados con entera libertad, pero teniendo mucho cuidado de no dejar ese diente fuera de oclusión ya que es tan malo que tenga puntos prematuros de contacto, como el que no ocluya.

En caso de que al probar dicha corona no hubiese oclusión, se regresará al laboratorio para que sea aumentada un poco de porcelana en dichos lugares. Si vemos que la corona ha quedado normal, podremos mandarla a glasear para ser colocada en la boca.

CAPITULO I.

PRUEBA DE LA PRÓTESIS YA TERMINADA Y CEMENTACION.

A.- Prueba de la prótesis ya terminada.

Una vez que la prótesis ha sido terminada, ya sea que el plástico haya sido pulido o que la porcelana haya sido glaseada, se retirará la prótesis provisional que previamente habíamos colocado y con un instrumento removeremos los excedentes del cemento temporal con el que fijamos -- nuestra prótesis, hasta que quede completamente limpio el muñón o diente sobre el cual vamos a colocar nuestra prótesis.

El siguiente paso será llevar la prótesis a su lugar y comparar la anatomía y el color de los dientes contiguos, también observaremos si las áreas de contacto están correctas así como que no está produciendo demasiada presión sobre los tejidos blandos.

Se debe de dejar la prótesis sin cementar por lo menos 24 horas para que si el parodonto se encuentra inflamado a causa de la prótesis provisional, se desinflame -- además de que el paciente muchas veces notará algunos defectos en la prótesis, ya sea de forma color etc., y si nosotros ya hubiésemos cementado esa prótesis en forma definitiva al retirarla tendríamos que hacerlo con tirapueños y podríamos dañar la prótesis, la cual según el daño que se le haya ocasionado se tendría que repetir o reparar los frentes.

Si en la siguiente cita en que veamos al paciente, éste no nos refiere ninguna molestia y nosotros observamos que el parodonto ya se encuentra desinflamado y no observamos ninguna anomalía, podremos proceder a cementar la prótesis en forma definitiva.

B.- Cementación de la Prótesis.

Para cementar la prótesis en forma definitiva, debemos de hacerlo con un cemento de oxifosfato de zinc o cemento de carboxilato, el cual será colocado sobre un lesta de vidrio limpia. Se coloca una cantidad suficiente de polvo y una gota de líquido, el polvo se divide en dos partes, una de las cuales se divide en dos porciones a su vez. Hecho esto, está listo para espatularse y así preparar el cemento.

Antes de espatular el cemento, debemos aislar el diente en cuestión con rollos de algodón, secaremos con una torunda de algodón el diente y procederemos a lavarlo con agua bidestilada. Luego lo limpiaremos con alguna solución antiséptica para retirar o eliminar los gérmenes que.

puedan haberse adherido al diente lo secaremos nuevamente con algodón y colocaremos una capa de barniz de copal, esperando que este seque.

Mientras esto ocurre, la asistente preparará el cemento, incorporando una de las dos pequeñas cantidades del polvo al líquido, luego se incorporará la otra y luego la otra hasta lograr una consistencia adecuada que es cuando el cemento hace hebra. Se coloca una cantidad en la corona previamente seca y se llevará esta última a su posición en la cavidad oral. Se presionará fuertemente hasta que el excedente del cemento termine de salir por completo, se ejercerá esta presión hasta que el cemento haya fraguado o endurecido perfectamente bien, se eliminan los excedentes del material cementante con una cucharilla, se retiran los rollos de algodón y se le darán las instrucciones pertinentes al paciente.

Algo que es muy importante será que no debemos olvidar que hasta la fecha no existe ningún cemento que logre pegar el diente con el metal, lo único que hace es que se detenga una prótesis, es la fricción que existe entre las paredes internas de la prótesis, ya que el cemento únicamente actúa como sellador.

CONCLUSIONES

1.- Se manifestó la importancia de elaborar un buen estudio clínico del paciente para conocer el estado real de salud de éste con lo cual se pueden evitar una serie de problemas, ejemplarizando, si llegase a tener un paciente sífilis sería de nuestro conocimiento al realizar la historia clínica, por lo tanto es obvio que el paciente requiere de un tratamiento especial.

2.- Al realizar el plan de tratamiento tomando en cuenta y dándole la importancia que merece cada uno de los factores por consecuencia se tendrá un tratamiento exitoso.

3.- La elaboración de un provisional tiene como principal objetivo la estética ya que al elaborar un muñón en piezas anteriores no se podría dejar al descubierto, además esa pieza se hipersensibilizaría.

4.- Al realizar la preparación para la corona es importante tener en cuenta el paralelismo de las paredes del muñón, también de la cantidad de desgaste para dar cavidad al metal y al material estético o según sea el caso.

5.- En cuanto a la toma de impresión es de suma importancia realizarla con una buena técnica, con buenos materiales de impresión, recalcando la importancia de imprimir perfectamente todo el hombro para obtener un buen sellado.

6.- Al realizar prueba de metales se ha hecho para tomar en cuenta varios puntos tales como el tener un buen sellado, que no haya puntos de contacto prematuros.

7.- Al colocar la prótesis definitivamente es porque exitosamente se ha llegado al final del trabajo protésico, que ha cubierto sus objetivos los cuales son la función, la fonética y la estética.

BIBLIOGRAFIA

Stanley D. Tynan.

**THEORY AND PRACTICE OF CROWN AND FIXED,
PARTIAL PROSTHODONTICS. (BRIDGE)**
The C.V. Mosby Company.
Sixth Edition, Saint Louis 1970.

GEORGE E. MYERS.

PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES.
Editorial Labor S. A.
Calabria 235-339.
Barcelona 15. (1975)

MEDICINA BUCAL BURKET.
Edición III.
Dr. Lester W. B.
Editorial Interamericana.