

19
1030



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

REHABILITACION PROTESICA EN PIEZAS DENTALES FRACTURADAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
JORGE TREJO PERALTA

15385



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

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I:	
EXAMEN E HISTORIA CLINICA EN DIENTES FRACTURADOS	4
CAPITULO II:	
SELECCION DE MATERIALES DE IMPRESION	8
CAPITULO III:	
FACTORES QUE DETERMINAN LA SELECCION DE UN METODO DE RESTAURACION PARA UN DIENTE FRACTURADO	13
A) Clasificación de las Fracturas en los dientes	
B) Tejido Dental Remanente	
C) Pulpa Dentaria Vital	
D) Pulpa Dentaria no Vital	
E) Factor Estético	
CAPITULO IV:	
FRACTURAS EN DIENTES MONORRADICULARES TECNICAS DE RESTAURACION	66
A) Refuerzo con Endoposte	
B) Poste y Muñón Colado para Soportar Corona	
C) Peans Paralelos y Muñón Colado para Soporte Coronario	
D) Poste y Cofia Telescópica (Subestruc- tura) Corona (Superestructura)	
E) Poste y Corona Colada (Una Unidad)	

CAPITULO V:

84

- A) Reconstrucción de Amalgamas con
Peans o Pivote para Coronas
Completas
- B) Sobre Incrustación Onlay
- C) Poste y Muñón ensamblado para
soportar Coronas Completas
- D) Reconstrucción del Muñón por medio
de Colado para Soportar Corona
- E) Poste paralelo para hacer Muñón
Colado para Coronas de Porcelana

CONCLUSIONES

91 .

BIBLIOGRAFIA

92

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

Los dientes anteriores tienen gran importancia para el individuo, ya que además de su función, que es la de incidir alimentos, tienen un inestimable valor estético. La pérdida de estas piezas son importantes, ya que provocan alteraciones en el estado psicológico del paciente.

Por esta razón el tratamiento de un diente anterior representa una gran responsabilidad para el odontólogo y, constituye una prueba de su experiencia y habilidad.

Dentro de los dientes anteriores, los centrales y laterales son las piezas con mayor índice de caries y fracturas, ya que habitualmente son las piezas que reciben más traumatismos directos y son afectadas por caries y maloclusiones, protusión y prognatismo, razón por la cual los labios no

alcanzan a cubrir adecuadamente las piezas, y son antiestéticas.

El canino puede estar implicado en traumas y en caries que afecten su corona y hay que recordar también que son las piezas con mayor implantación. Las piezas posteriores por su posición en la cavidad oral pueden llegar a presentar caries, pero sus lesiones traumáticas serán leves o raras.

El Odontólogo ha destacado considerablemente en dar un correcto tono y color, que armonice considerablemente con los dientes propios del paciente. Además en su restauración protésica, rehabilitar piezas o arcadas para mejorar su oclusión.

En la obtención de un buen aspecto estético, se debe al hacer restauraciones que armonicen en su sonrisa y con su oclusión fisiológica.

Si el mejoramiento de la fisiología oclusal y estética del paciente necesita de otras disciplinas odontológicas, debe ser considerado en el plan de tratamiento integral, ya que algunas veces para mejorar en la niñez la configuración ósea facial, solo podemos mejorarla por la odontopedia---tría y en la pubertad por la ortodoncia.

CAPITULO I

EXAMEN E HISTORIA CLINICA EN DIENTES FRACTURADOS.

Para que nuestro tratamiento tenga un éxito satisfactorio, es necesario tomar el hecho del - tiempo que transcurrió desde que se produjo el accidente.

Cuando un paciente llega por primera vez al consultorio, con un diente anterior fracturado, - el examen y la historia clínica deben contener por lo menos la siguiente información:

- 1) Historia y Trastornos Subjetivos:
 - a) Nombre, dirección y teléfono del paciente
 - b) Edad
 - c) Cómo y cuándo se produjo el accidente

- d) Historia previa del diente lesionado
- e) Salud anterior del paciente
- f) Los trastornos subjetivos, como el dolor al morder, la sensibilidad al frío y al calor, y dolor al tacto.

2) Examen Clínico:

- a) Observación de la extensión y del tipo de la lesión; desplazamiento total y parcial, fractura con o sin exposición pulpar; si existe laceración, tumefacción o hemorragia en los tejidos adyacentes.
- b) Si existe movilidad o relativa firmeza del diente fracturado.
- c) Vitalidad comprobada mediante un vitalómetro o con frío y calor, para que nosotros podamos dar una respuesta relativa, en esa forma podemos ver que si no hay respues-

ta nos dará un indicio de estupor, necrosis, o algún tipo de hipere-mia pulpar. En estos casos las -- pruebas repetidas nos indicarán -- si esa pieza se ha recuperado o -- intentaremos otro tipo de trata-- miento.

d) Se utilizará la percusión para -- comprobar si hay sensibilidad, -- que será indicio de lesión de la membrana periodontal y demás teji-- dos de sostén.

e) Usando la transiluminación nos -- ayudará a determinar si existe al-- gún tipo de fractura ósea o hemo-- rragia de los tejidos pulpaes.

f) Estudio radiográfico, consiste en la toma de una buena radiografía-- que nos va a indicar los siguien-- tes puntos:

1) Estado de la membrana parodon-- tal

- 2) Estructura ósea
- 3) Fractura radicular
- 4) Lesiones a los dientes adyacentes
- 5) Tamaño de la pulpa y relación con la fractura.

Para nosotros poder dar un curso final al tratamiento es indispensable conocer todos estos factores y anexarlo al diagnóstico.

CAPITULO II

SELECCION DE MATERIALES DE IMPRESION

El Odontólogo dispone de muchos materiales para la toma de impresiones para piezas preparadas hoy en día, pero cada uno de estos materiales exige de técnicas que permiten aprovechar y --brindar buenos resultados. Tanto los materiales como las técnicas deben de elegirse según las características que presente el área de la cual se va a tomar la impresión.

Entre las variedades de materiales de impresión, podemos nombrar algunos que no necesitan de equipos especializados para poder utilizarlos - como son: los mercaptanos, silicones y modelinas.- En cambio algunos materiales, sí necesitan de equipos especializados para su manipulación y debido - al costo y a su difícil manipulación no son muy empleados.

Hidrocoloide

A este material antiguamente se le daba mención aunque se acepta su desplazamiento por el hule o Silicón; este material ofrece enormes ventajas en cuanto al tiempo requerido para coronas totales y parciales.

La impresión parcial o total de la arcada resulta ágil y efectiva en comparación con algún otro tipo de material de impresión.

La facilidad de su empleo según la técnica que se siga, facilita mucho nuestras labores, por lo tanto existen Odontólogos que dicen que vale la pena hacer ese gasto en cuanto a los aparatos especiales con que se debe contar, como son los porta impresiones de irrigación interna, etc.

Teniendo en cuenta también que el hidrocoloide es reversible, pues permite recuperar parte del mismo para usarlo nuevamente, cosa que no -

es posible con los hules y silicones, ya que quedan totalmente inutilizados una vez obtenida la impresión.

Dentro de las desventajas que encontramos dentro de la impresión con alginato irreversible, es la de que en poco tiempo se contrae.

Silicón

En los últimos años se ha difundido bastante la utilización de este material para las impresiones de dientes preparados.

Este material es uno de los preferidos o más usados dentro de la labor de la toma de impresiones, entre las ventajas que se le atribuyen están la limpieza y la facilidad de su empleo, por lo general este material es producido en dos tipos.

- 1) Silicón Sólido. Para la toma de la impresión

- 2) Silicón Líquido. Para inyectarlo en surcos o cavidades dentales, este nos ayudará a la rectificación de la impresión gracias a su fluidez.

Mercaptano

Este material que es un mercaptano polisulfuro de hule se le conoce comúnmente por el nombre de hule.

Al igual que los silicones los mercaptanos poseen similitud en su manejo y en su forma de presentación.

Sin embargo la comparación que se hace con los silicones es la siguiente:

- 1) Impregnación de manchas hacia cualquier superficie
- 2) Olor desagradable (sulfuro).

La presentación de los hules varía según

lo espeso del material, pues existen hasta 4 varie
dades en el mercado, por ejemplo:

Líquido para uso de jeringa, regular, pe
sado y extra pesado, en el empleo que se le de al-
material estriba su uso, esta es la razón de esta-
variedad en la presentación.

CAPITULO III

FACTORES QUE DETERMINAN LA SELECCION DE UN METODO DE RESTAURACION PARA UN DIENTE FRACTURADO

En el correcto diseño de la cavidad para confeccionar la incrustación metálica de protección, debe ser el resultado de un análisis minucioso de los factores biológicos, estéticos y mecánicos, entre ellos debemos considerar principalmente:

1) Cantidad de tejido dentario remanente.- Esto depende mucho de la extensión de la fractura. Es atinado opinar sobre la cantidad de tejido remanente después de la total remoción de los bordes fracturados.

2) Función de la pieza.- Dependiendo mucho de la función de la pieza depende también el tipo de restauración, ya que es importantísimo que antes de preparar una pieza se tenga en mente qué tipo de preparación sea la más conveniente, ya sea en forma individual, o cuando va a servir de sopor

te para un puente fijo, o de anclaje para un apara-
to protésico removible, en cuyo caso deberá ser re-
forzado para poder resistir la fuerza adicional a-
la cual va a ser objeto.

3) Estado de la pulpa dentaria.- Antes -
de hacer cualquier preparación en una pieza fractu-
rada, es absolutamente necesario saber la vitali--
dad de la pulpa, si existe o no existe traumatismo,
su tamaño, su forma y la existencia o no de líneas
recesionales.

4) Factores estéticos.- Para prescribir-
una restauración parcial el color y la traslucidez
del tejido remanente deben ser normales y armoni--
zar con los vecinos. En su defecto, debe preferir-
se la reconstrucción superficial total.

5) Oclusión y hábitos oclusales del indi-
viduo.- En este aspecto existen muchos detalles --
que hay que tomar en cuenta:

A) Puede existir una relación normal en
tre la pieza que se va a preparar y -
el antagonista. Puede encontrarse por

mal posición dentaria, fuera de la articulación, en este caso existen menos problemas porque el esfuerzo será menor. Puede existir una articulación muy entrecruzada, en la cual los esfuerzos serán mayores, en este caso será conveniente preparar mejores anclajes para la incrustación del refuerzo.

- B) Cuando la pieza por preparar no tenga diente vecino, se aconseja que el anclaje de la incrustación sea más eficiente.
- C) Cuando existe ausencia de dientes posteriores, el esfuerzo aumenta sobre las piezas anteriores, aunque estas piezas anodónticas sean repuestos con prótesis removible.
- D) La presencia de piezas artificiales disminuye la acción sobre los bordes incisales de los dientes antagonistas.

E) Cuando el paciente presente bruxismo, estará totalmente contraindicada una prótesis reconstructiva parcial.

CLASIFICACION DE LAS FRACTURAS EN LOS DIENTESClase I

Fractura simple de la corona afectando o no a la dentina.

Clase II

Fractura coronaria con diversos grados - de exposición dentinaria, sin exposición pulpar.

Clase III

Fractura coronaria con exposición pulpar.

Clase IV

Fractura coronaria en dientes desvitalizados.

Clase V

Fractura radicular.

Clase VI

Fractura combinada de corona y raíz.

Clase VII

Fractura conminuta de corona y raíz.

Clase VIII

Desplazamiento dentario sin fracturas coronarias o radiculares.

FRACTURA SIMPLE DE LA CORONA AFECTANDO O NO
A LA DENTINA (TECNICAS)

En este tipo de fractura, la estructura perdida, se limita a una porción de esmalte o a veces a una pequeñísima porción de dentina.

La dentina puede ser expuesta gracias a una hendidura de la línea amelo dentinaria, o porque fué incluida en la fractura, siendo por lo tanto su reacción a los cambios térmicos más exagerada, así como también a las reacciones químicas que en los fluidos de la boca se efectúan.

Tratamiento

Ya después de haber efectuado el examen, la historia clínica, de haber hecho pruebas para ver la firmeza, vitalidad y que no tenga complicaciones radiculares, el tratamiento a seguir será:

- 1) Eliminar todos los bordes filosos que tenga la pieza que puedan lacerar los

tejidos blandos adyacentes. La operación se efectúa con una piedra o con un disco de lija.

2) Lavar y secar la pieza.

3) Se aplica hidróxido de calcio, para así poder desensibilizar cualquier parte de la dentina expuesta.

4) Se coloca el barniz para cavidad sobre la zona fracturada para proteger a la pulpa de la irritación. Dicho tratamiento medicinal o protector, no es necesario si la historia indica que el accidente ocurrió más de un mes antes de la observación inicial en el consultorio, puesto que cualquier lesión permanente de la pulpa ya podría haberse iniciado.

- 5) La pieza se mantiene en observación - durante más o menos un mes, tiempo -- después se realiza otro examen para - comprobar el estado de la pulpa.

- 6) Después de realizados los pasos anteriores, si la pérdida de sustancia es mínima, para mejorar la estética del diente se redondea el borde fracturado con una piedra de diamante, si el involucrado es el ángulo o reborde in cisal. Para lograr la simetría hay -- que redondear al diente similar al del cuadrante adyacente en forma semejante el desgaste del borde incisal solo se hará cuando esté uno seguro de la rehabilitación fisiológica de la pulpa.

FRACTURA CORONARIA CON DIVERSOS GRADOS DE
EXPOSICION DENTINARIA SIN EXPOSICION PULPAR.

Estos casos son muy frecuentes, pues alcanzan el 60% de todas las fracturas de dientes.

Estas fracturas pueden ser horizontales o diagonales, en el primer caso tomado todo o casi todo el borde incisal, y en el segundo se puede perder una gran cantidad de tejido del ángulo próximo-incisal.

Aunque en este tipo de fracturas el tejido pulpar no está visiblemente expuesto, es recomendable y necesario darle a la pulpa ya traumatizada un tratamiento paliativo contra nuevas agresiones por excesivos estímulos térmicos o químicos y para que de esa manera aceleremos a los odontoblastos a formar una nueva capa de dentina secundaria en la zona pulpar que corresponde a la fractura.

Las pruebas de vitalidad pulpar, no pueden ser de mucho valor después del accidente, ya que inmediatamente después del traumatismo la pieza se encuentra en estado de shock y dará solo un pequeño estímulo al probador pulpar.

Como en todos los casos, después de haber hecho el examen y la historia clínica, se emprenderá el tratamiento de emergencia.

Tratamiento de emergencia.

- 1) Darle un lavado a la pieza fracturada con agua tibia estéril y secar la dentina con algodón estéril.
- 2) Aislar la pieza.
- 3) Cubrir la dentina expuesta con hidróxido de calcio.
- 4) Proteger toda la extensión de la fractura con óxido de cinc y eugenol, procurando no presionarlo al colocarlo.
- 5) Se selecciona una corona de celuloide,

se adapta a la pieza de manera que cu
bra perfectamente bien la corona y no
presione los tejidos gingivales, será
provisional.

Se comprobará que esta corona no nos-
impida la oclusión. Esta corona se --
perfora en 2 sitios, cerca del límite
incisal y por la parte lingual a la -
altura de los ángulos proximales. Se-
llena la mitad de la corona con acrí-
lico autopolimerizable y se impresio-
na la pieza fracturada, el sobrante --
del acrílico saldrá por las dos perfo-
raciones, se retira la impresión y se-
deja endurecer fuera de la boca, se re
corta el exceso y se hacen las pruebas
de vitalidad pulpar en el esmalte; se-
ajustará y quitará la restauración tem
poral.

- 6) Se cementa la restauración temporal con cemento de fosfato de cinc y se revisa la oclusión. El paciente vendrá al consultorio para examinarlo -- más o menos al mes para radiografías, nuevas pruebas pulpares, etc.

Si todo está satisfactorio, el paciente regresará entre los dos y cuatro meses, se le vuelven a hacer todas las pruebas y de salir satisfactorias este paciente se encuentra listo para la restauración definitiva.

Restauración definitiva

Las incrustaciones metálicas y orificaciones que reponen la totalidad del tejido dentario perdido, nos brindan eficiencia desde el punto de vista protésico y mecánico.

Para devolver la salud la morfología, la estética y la fisiología de piezas anteriores que-

tienen destruidos uno o ambos ángulos incisales, - se prefieren las reconstrucciones superficiales totales de porcelana cocida (Jacket Crown) y las obturaciones combinadas.

Obturaciones combinadas

Este tipo de obturaciones pueden ser parciales o totales. Son parciales cuando solo se re- pone la porción vestibular perdida, es decir el material estético. Son totales cuando la incrusta--- ción metálica de refuerzo es una reconstrucción superficial total (corona), que cubre íntegramente - el tejido remanente y sirve de sostén a un frente- completo de porcelana cocida o de acrílico, son -- llamadas coronas de tipo Veneer.

Obturaciones combinadas parciales

Se dividen en dos tipos:

- A) Cuando son piezas de borde incisal grueso. Cuando la fractura es pequeña la técnica es tallar- una cavidad cuarta clase de Black con caja inciu

sal y es la siguiente:

- 1) Se elimina el esmalte con piedra de diamante piriforme, cincel recto o fresa de diamante redonda pequeña.
- 2) Eliminación de dentina con fresa redonda lisa.
- 3) Slice proximal con un disco de diamante, se talla ligeramente convergente hacia incisal y desgastando más a expensas de palatino. Debe de regularizarse perfectamente la cara proximal y llegar, por extensión preventiva, hasta el borde libre de la encía o por debajo de ella.
- 4) Desgaste suave del borde incisal remanente.- Se realiza con piedra de diamante en forma de rueda, casi exclusivamente a expensas de palatino para evitar la visibilidad del metal de la incrustación, solo debe llegar hasta las proximidades del ángulo sano.
- 5) Caja o rielera proximal. Colocada paralelamente al tercio medio vestibular del diente,

se talla una caja o rielera proximal, si es posible dentro de los límites del slice con una fresa troncocónica pequeña (700 o 701).- Si la fractura es amplia debe tallarse una caja, y si es pequeña basta una simple rielera.

6) Caja incisal. En la superficie o a escasa -- profundidad del borde incisal grueso generalmente tiene dentina, con una fresa de cono -- invertido pequeña (33 o 34), partiendo desde proximal con la base hacia gingival, se -- talla una ranura en toda la extensión del -- desgaste y lo más cerca posible de la cara -- palatina. Se termina el tallado de la caja -- incisal con la fresa troncocónica lisa, no es necesario hacerla muy profunda pues el anclaje principal está dado por el pin.

7) En el extremo de la caja incisal y en las -- proximidades del ángulo sano se realiza la -- profundización para el pin. Se usa una fresa redonda de tamaño del alambre que se desee --

emplear (0.5 o 0.6 mm) profundidad de 1.5 a 2.5 mm.

- 8) Biselado de los bordes. El slice proximal y el desgaste incisal realizan el biselado de la mayoría de los bordes cavitarios. Solo queda para biselar la cara lingual de la caja proximal. Si se ha confeccionado una rielera, el bisel estará también realizado en esa zona por el slice.

Se toman luego las impresiones y se sigue con las fases de laboratorio habituales. Al realizar el patrón de cera, ésta debe ser ahuecada en la zona vestibular correspondiente a la fractura.

Se talla una caja pequeña con pared proximal, incisal y palatina.

La pared axial de la cavidad para el material estético se completará sobre tejido denta-

rio después de cementada la incrustación.

De esta manera el acrílico de autopolimerización (o el cemento de silicato) estará protegido de las fuerzas de oclusión funcional.

B) En dientes de borde incisal delgado podemos extendernos por proximal tallando una pequeña caja que sería anclaje muy accesorio y luego confeccionar por palatino la cola de milano. Esta debe estar tan cerca del borde incisal como permita la estructura dentaria. La caja incisal es imposible en este tipo de piezas, ya que el borde incisal está formado únicamente por esmalte, la cola de milano en la práctica no nos presenta un buen anclaje y si es posible, lo mejor será tallar otro tipo de cavidad que se prepara de la siguiente manera:

1) Eliminación de esmalte fracturado, slice --- proximal con la misma técnica y elementos empleados para los dientes de borde incisal -- grueso.

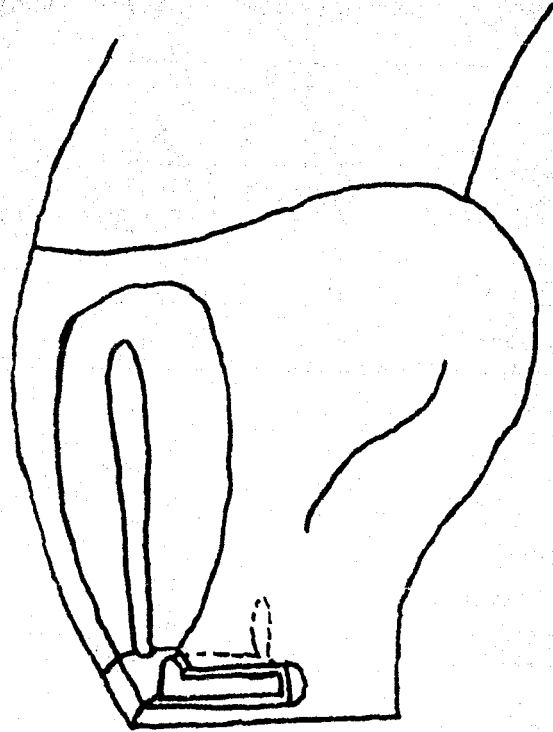


Fig. I
Obturaciones combinadas parciales.

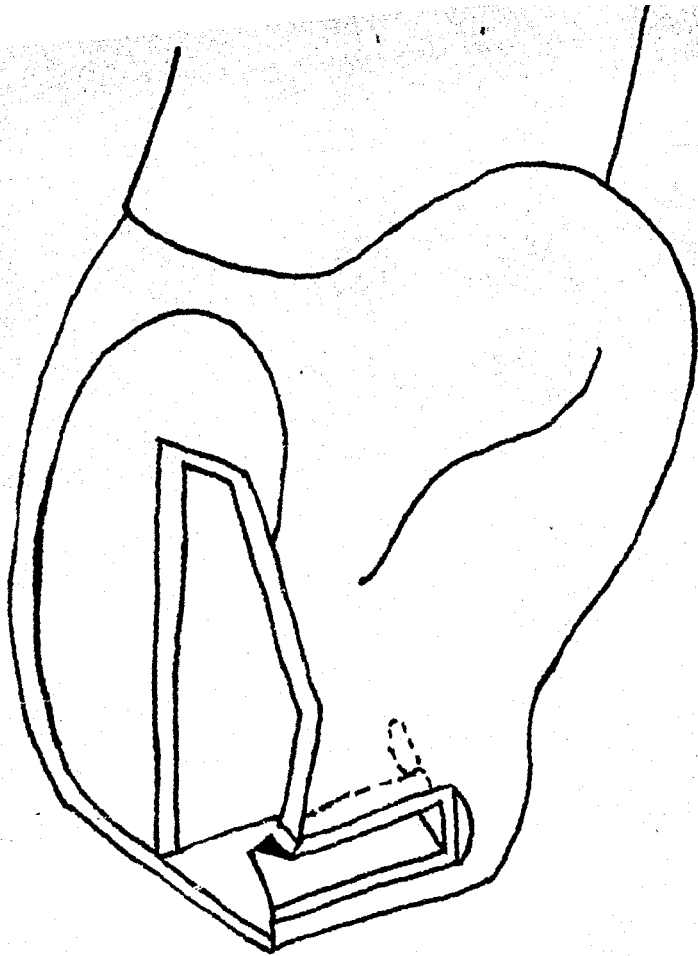


Fig. II

- 2) Se pasa luego a realizar un desgaste que llegue hasta el reborde marginal opuesto a la fractura (sin interesar la cara proximal ---opuesta), con piedra de diamante en forma de rueda, y desgaste de la zona de cíngulo con piedra cilíndrica.
- 3) Suave desgaste incisal, que contiene insensiblemente el desgaste palatino, con piedra en forma de rueda.
- 4) 2 Escalones: en la zona del cíngulo uno gingival y otro palatino, aproximadamente en la unión del tercio medio con el tercio incisal, en la zona opuesta a la fractura y más alejado del borde incisal cuanto más transparente sea el esmalte.

Este escalón palatino permite la colocación del pin sin desmejorar la estética y reemplaza a la caja incisal preconizada en los dientes de borde incisal grueso.
- 5) Se realizan lechos para los pins en ambos escalones con una fresa de diamante truncónica

pequeña.

- 6) Se profundizan en el centro los lechos para-
ambos pins.
-

Restauraciones superficiales totales

Si la fractura es total, en el borde debe prescribirse siempre la reconstrucción superficial total, entre estas se comprenden las obturaciones combinadas totales (coronas tipo Veneer) y las coronas de porcelana (Jacket Crown).

- A) Obturaciones combinadas totales coronas tipo --
Veneer:

Son coronas confeccionadas con metal que tienen porcelana o acrílico en su cara vestibular; puede confeccionarse con un frente de porcelana intercambiable o un frente de porcelana de baja fusión. Este tipo de coronas está prescrito para cuando la pieza por rehabilitar está decolorada, cuando tuvo fractura total del borde, o es bastante grande la destrucción y son poten--

tes las fuerzas que acentuarán sobre el tejido remanente debilitado.

~~Los esfuerzos masticatorios serán absorbidos --~~
por el metal de la corona y éste la transmitirá a la base de sustentación y el frente de porcelana o acrílico tendrá únicamente una misión es tética.

Para preparar un muñón se deben de seguir los siguientes pasos:

- 1) Slice en caras proximales, ligeramente convergente hacia incisal y palatino. En caso de reconstrucciones parciales la convergencia hacia palatino será menor. El desgaste debe ser más profundo y llegará hasta vestibular y hasta debajo del borde libre de la encía.
- 2) Con una piedra de diamante en forma de rueda se hará el desgaste en palatino.
- 3) Desgaste en la zona del cíngulo. Ligeramente por debajo del tejido gingival se terminará en bisel. Esto se realiza colocando paralela

mente al eje mayor del diente una piedra de diamante en forma de flama.

4) Desgaste del borde incisal con piedra en forma de rueda en una profundidad no menos de 3 mm y apenas inclinado hacia palatino.

5) Desgaste en la cara vestibular, se empieza con una piedra de diamante en forma de rueda para que de esa manera poder eliminar el esmalte vestibular en casi todo su espesor.

Con piedras flama pequeñas de diamante se prosigue colocándolas paralelamente al eje mayor del diente para ir insinuerando paulatinamente un desgaste en corte de cuchillo por debajo del borde libre de la encía y dibujando su contorno.

Termina en los límites proximales donde se debe proceder con cautela para no lesionar el diente vecino.

En la zona vestibular se hará el mismo corte en cuchillo, debe ser confeccionado más amplio no menos de 1.5 mm porque si bien el me

tal se hará del mínimo espesor posible, sabiendo que el espesor de la parte estética debe ser lo suficiente para no dilatar la presencia del metal.

Fresas de flama de diamante, perfeccionan el bisel gingival en toda su extensión.

6) Con discos de papel se pule perfectamente el muñón y se redondea sus aristas agudas.

B) Coronas fundas de porcelana (Jacket Crown). Los Jacket crown solucionan infinidad de reconstrucciones angulares y solo están contraindicados en:

- 1) Excesiva fuerza que soportará la corona
- 2) Articulaciones borde a borde
- 3) Fragilidad de la porcelana.

La corona completa combinada

Está indicada cuando exista gran destrucción de tejido que no permita la confección de otro tipo de retenedor, también cuando el diente está decolorado y en dientes vivos con fracturas tota--

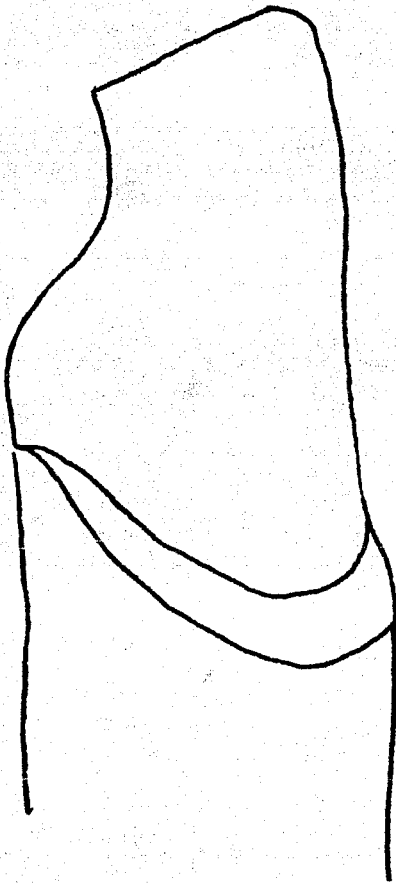


Fig. I

Restauraciones Superficiales Totales
Jacket Crown - Coronas Tipo Veneer

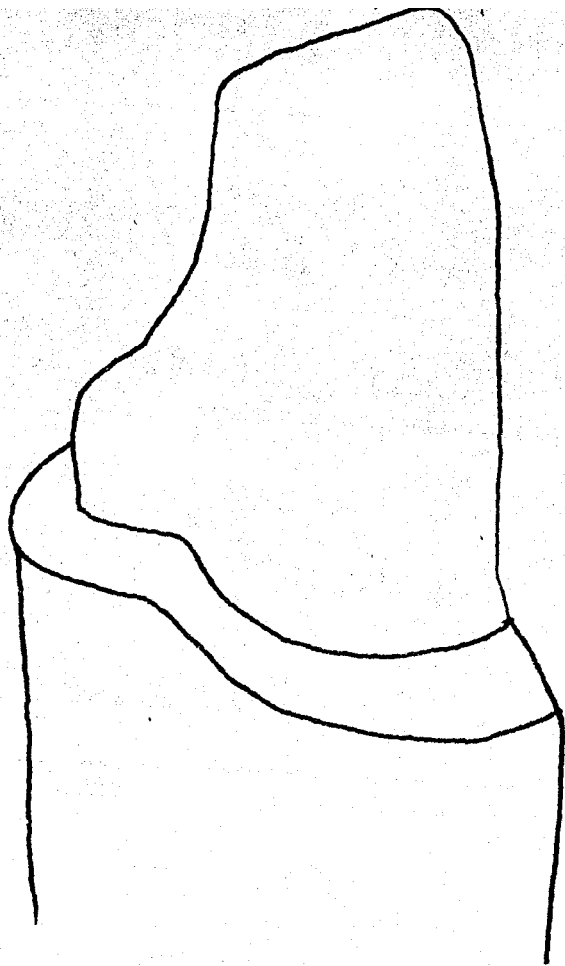
les de borde.

La preparación de la pieza es parecida - al tallado que se realiza para la corona Veener, - con la diferencia de que en esta el escalón gingival se interrumpe en la mitad de los casos proxima les y la terminación del resto del muñón termina - en bisel porque la dureza del metal lo permite.

En cambio, la porcelana cocida gracias a su fragilidad, exige espesor parecido en toda la - extensión del muñón, por ese motivo no se hará el - hombro o escalón, debe seguir el contorno de la en cía en toda la preparación cavitaria, es decir un - corte de cuchillo.

Los pasos iniciales de la técnica opera - toria son los mismos para una corona de tipo Veener pero al desgastar la zona del cíngulo con piedras - en forma de flama de diamante se va tallando el - escalón gingival y se perfeccionará el corte de cu

chillo con fresa de flama. Todos los demás pasos -
son similares a los de la corona Veneer.



41

Fig. II

Fractura coronaria con exposición pulpar

En este tipo de fracturas es imperioso - el tratamiento de emergencia para poder conservar - la vitalidad de la pulpa.

Tratamiento

Dentro del tratamiento se buscan estos - objetivos:

- A) Promover la cicatrización de la pulpa
- B) Estimulación y crecimiento de nueva dentina
- C) Protección a los tejidos dañados de mayores --- irritaciones.
- D) Brindar una restauración estética y durable del tejido dentario perdido.

Existen 4 tipos de tratamiento según sea la gravedad del caso.

- 1) Recubrimiento pulpar directo
- 2) Pulpotomía.
- 3) Pulpectomía.

4) Apicectomía.

Recubrimiento pulpar directo

Con objeto de mantener la función y vitalidad pulpar normal se hace el recubrimiento pulpar directo que es la colocación de un agente terapéutico sobre una exposición pulpar clínicamente visible o microscópica, de esta forma se incita a los odontoblastos para que nos depositen una barrera de dentina secundaria en el lugar de la lesión.

Indicaciones

- 1) Cuando existe una pequeña exposición pulpar alrededor de 1 mm
- 2) Cuando exista o no una pequeña hemorragia pulpar.
- 3) Tiempo de exposición no mayor de 15 horas.
- 4) Apice radicular casi o totalmente cerrado.
- 5) Cuando exista buena vitalidad pulpar.

- 6) Ninguna otra complicación (fractura -
radicular o desplazamientos).
-

Técnica

- A) Aislamiento de la pieza con dique de hule
- B) Lavado de la pieza con solución fisiológica estéril tibia.
- C) Secar con torundas de algodón estéril
- D) Poner gotas oftálmicas de cortizona (Desinflamante) por el traumatismo de la fractura.
- E) Colocar hidróxido de calcio sin presionar en la comunicación y la dentina.
- F) Con cemento de óxido de cinc se cubre el hidróxido de calcio.
- G) Sobre este colocar cemento de fosfato de cinc.
- H) Seleccionar una corona de acrílico con 2 perforaciones perfectamente bien ajustada a los límites gingivales para poder tomar las pruebas de vitalidad pulpar sin necesidad de quitar la curación.
- I) Se le advierte al paciente que en caso de tener

alguna molestia regrese al consultorio, de no ser así, a las pruebas de vitalidad pulpar y -- examen radiográfico, si éstas son negativas a las 8 semanas se puede proceder a confeccionar la prótesis definitiva.

PULPOTOMIA

Es la intervención quirúrgica que compre la extirpación o amputación de la pulpa cameral.

DICACIONES.

Exposición pulpar extensas.

Presencia de hemorragia

Cuando la pulpa ha sido expuesta 72 horas como -
mínimo.

Apices abiertos.

Evidencia definitiva de vitalidad pulpar.

Inexistencia de complicaciones.

CNICA.

Anestesiarse la pieza a intervenir

Desinfectar el campo y colocar dique de hule

Hacer el acceso

A) En dientes anteriores se hará en el centro -
de la cara lingual con base incisal y vértice
apical.

- B) En dientes posteriores se hará el acceso en la cara oclusal. El acceso debe ser amplio, para de esa manera podamos eliminar el tejido de los cuerpos pulpaes, esta operac*ión* debe de estar en goteo cons*tan*te de agua estéril para impedir el calentamiento.
- 4) Con un explorador se busca si existe alguna porción de techo y en caso --- afirmativo se elimina con una fresa esférica cortando de adentro de la cámara hacia afuera.
- 5) Con un cartucho de anestesia y jeringa estéril se lava la pulpa expuesta y se seca con torundas estériles.
- 6) Se emplea una cucharilla pequeña con buen filo para la amputación del tejido cameral, no se emplea fresa porque tiene la desventaja de desgarrar el tejido.

- 7) Se lava la cavidad con agua destilada y se seca con torundas de algodón, en caso de que la hemorragia persista se pueden colocar algodones con suero fisiológico en la entrada del conducto dejándolos como mínimo 3 minutos. Posteriormente se coloca una gota de cortizona (gotas oftálmicas) para desinflamar la injuria originada por la fresa.
- 8) Se aplica sobre el muñón pulpar, con el asa de platino hidróxido de calcio en suspensión y se espera a que seque, con el empacador especial o con cucharilla, se deposita sin presión pasta de hidróxido de calcio en la porción del conducto radicular y el suelo cameral.
- 9) Se cubre el hidróxido de calcio con una capa de 1 o 2 mm de óxido de zinc y eugenol espeso.

10) Cubrir la porción restante con cemento de fosfato de zinc reconstruyendo con él las superficies perdidas de la pieza.

11) Tomar radiografía interoclusal para poder observar la obturación de la cámara pulpar y para compararla con las futuras radiografías.

Se deja la obturación el mayor tiempo que nos sea posible, controlada con:

- A) Examen clínico
- B) Pruebas de vitalidad pulpar
- C) Radiografías a las 2 semanas, a los 3 meses, y a los 6 meses.

Si la pulpotomía ha tenido éxito, se procede a la obturación definitiva.

Se le advierte al paciente que en caso de tener alguna molestia regrese al consultorio in

mediatamente, en caso de no haber molestia, se deja en observación durante 8 semanas, se le hacen -
todas las pruebas de vitalidad pulpar y examen radiográfico, si los exámenes son satisfactorios se colocará la prótesis definitiva.

RESTAURACION DEFINITIVA

Cuando la corona no ha sido muy destruida puede colocarse una restauración simple, ya sea reconstruida con silicato o con acrílico, incrustaciones clase IV, con escalón o corona 3/4 modificadas, en cambio si la corona está muy destruida pueden colocarse coronas de porcelana combinada con oro cerámico o Veneer con frente acrílico o porcelana.

CORONA TRES CUARTOS

TECNICA

) Se rebajan las caras proximales con disco de una

- sola luz.
- 2) Con una rueda de diamante, se rebaja la cara pa
latina empezando desde la mitad del cingulo al-
borde incisal.
 - 3) Se bisela el borde incisal con una piedra redonda.
 - 4) Hacer las fisuras mesial y distal hasta el bor-
de de la encía y paralelas a la cara vestibular
con una fresa No. 556 de carburo con profundi--
dad de 2 a 3 mm.
 - 5) Se unen las fisuras mesial y distal haciendo un
surco mesiodistal a nivel del borde incisal con
una fresa de cono invertido número 37.
 - 6) Con discos de lija se redondean los ángulos.
 - 7) Se hace en cingulo una perforación con fresa nú
mero 700 paralela a las fisuras, (Poste) en piez
as muy cónicas como caninos superiores e infe-
riores.

CORONAS TRES CUARTOS O CUATRO QUINTOS EN POSTERIORES PREMOLARES Y MOLARES SUPERIORES E INFERIORES.

La técnica en sus cortes es igual a la de las anteriores, sólo que se desgastará la cúspide de palatina o lingual en premolares superiores e inferiores y en molares las dos cúspides en 1 mm.

Se harán las fisuras en caras mesiales o distales en el punto de contacto que unirán también con la foseta o vertiente como modelo, se revisará la oclusión para que de lugar a la cara oclusal de la corona y en el cingulo en cara palatina o lingual se hará corte en bisel de 1 mm de grosor.

Realmente estas coronas están indicadas en pieza sostén que tengan su corona clínica estructuralmente sana (sin caries) porque en piezas rehabilitadas en operatoria o en endodoncia se harán coronas completas.

RESTAURACION DEFINITIVA

~~En este tipo de casos, la restauración -~~
definitiva puede ser una corona colada o una corona Veneer. Se hará la preparación del muñón con -- los restos de la corona y la parte faltante se reconstruirá con amalgama de plata.

CORONA COLADA Y CORONA TIPO VENEER

Técnica Operatoria.

La técnica de la corona Veneer para piezas anteriores se describió anteriormente.

A continuación detallaremos la técnica - operatoria para piezas posteriores.

- 1) Slice proximales con disco de l sola luz ligera mente convergente hacia oclusal.
- 2) Desgaste oclusal, con piedra de diamante en forma de rueda. La superficie oclusal disminuye de altura, pero en general se conserva su anatomía.

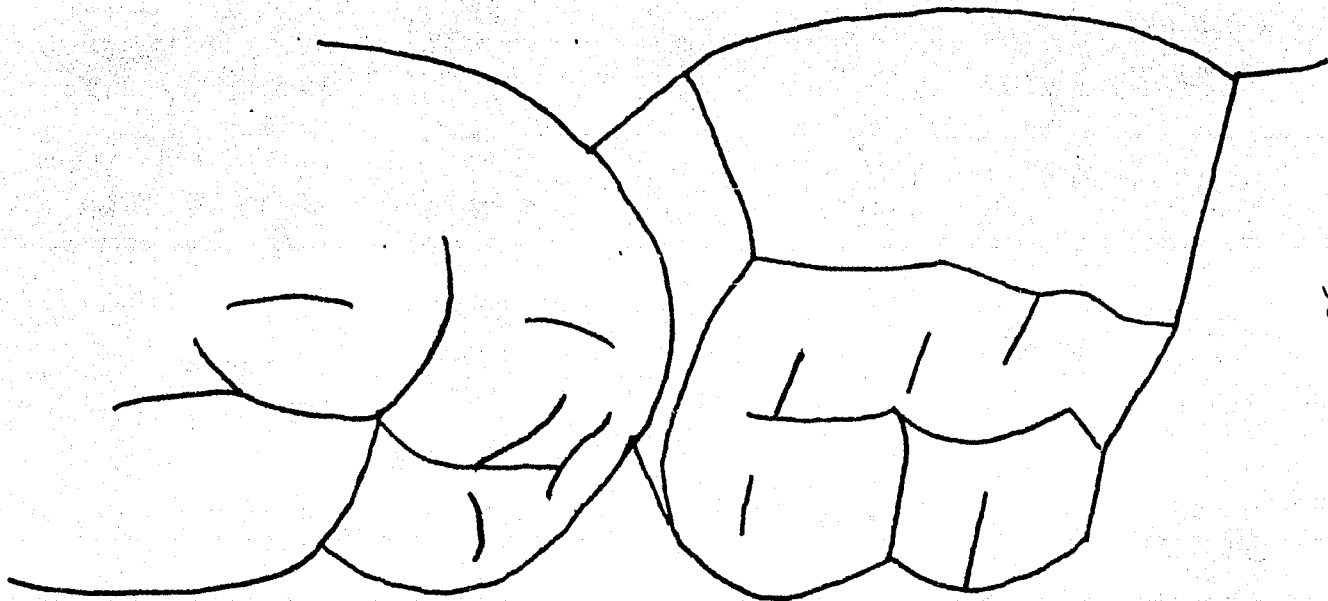
- 3) Desgaste vestibular y palatino, con piedra troncónica colada paralelamente al eje mayor del --
dienté, en la zona gingival el desgaste debe --
terminar en bisel.
- 4) Con piedras troncocónicas de diamante, puestas --
paralelamente al eje longitudinal del diente, --
se desgastan las uniones entre los desgastes --
proximales y las caras libres.
- 5) Con discos de papel, el muñón se pule para que --
de esa forma evitemos aristas y zonas rugosas, --
que nos pueden dificultar la toma de impresión.

La cara vestibular del diente será revesgada con porcelana cocida o acrílico, para corona -
Veneer, el desgaste de la cara vestibular deberá -
ser más pronunciado y además deberá prepararse un-
bisel gingival para permitir la colocación de mate-
rial estético.

La reconstrucción del muñón con amalgama
de plata, se hará de la siguiente manera:

A) Se forran las paredes dentinales del muñón con cemento de fosfato de zinc.

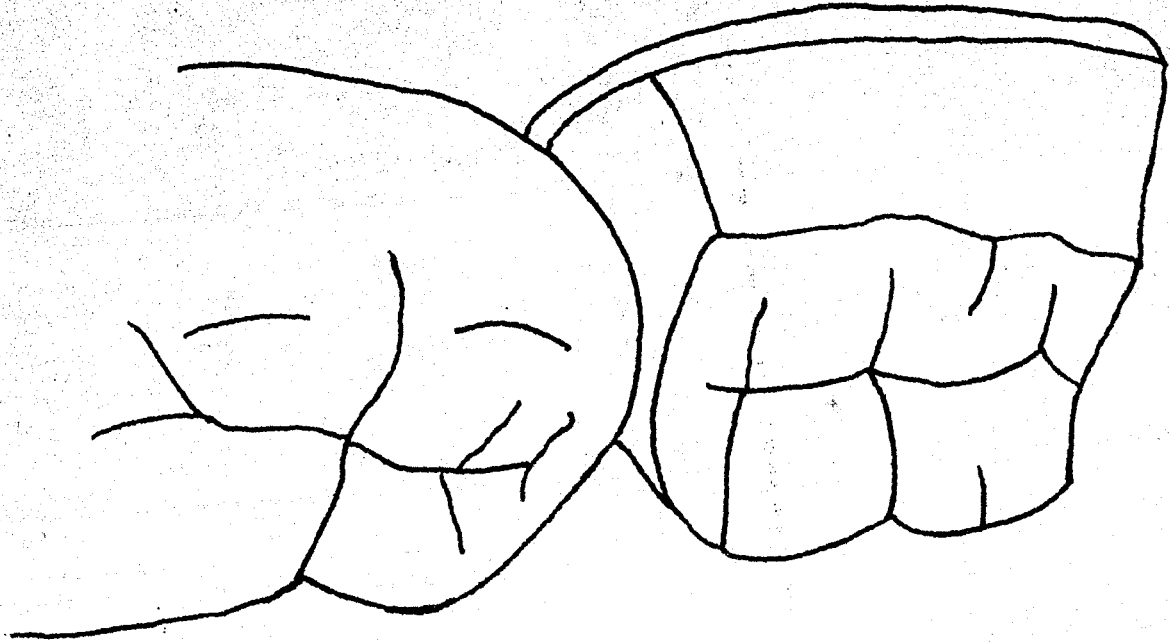
B) Se reconstruye la parte que falta con amalgama de plata, dándole la misma anatomía del muñón.



56

Fig. I

Corona Colada y Corona Tipo Veneer.



57

Fig. II

PULPECTOMIA

Es la amputación total de la pulpa.

Indicaciones:

- 1) Si el golpe ha sido de tal magnitud que los vasos sanguíneos periapicales han sido seccionados.
- 2) El foramen apical debe estar completamente desarrollado.
- 3) La fractura coronaria no debe tener complicaciones con fracturas o desplazamientos radiculares.
- 4) Cuando la pulpa ha estado expuesta por más de 72 horas.

Técnica.

Esta técnica la efectuamos la mayoría de las veces en 3 sesiones:

1 SESION.

- 1) Aplicación del anestésico de acción prolongada.

- 2) Aislar la pieza a tratar con dique de hule.
 - 3) Desinfectar el campo operatorio.
-
- 4) Hacer la vía de acceso al tejido pulpar según el diente de que se trate.
 - 5) Con una sonda hacemos la vía de acceso al tiranervios en el o los conductos según las piezas sean anteriores o posteriores.
 - 6) Introducimos nuestro tiranervio en el conducto dándole un movimiento rotatorio, con el fin de que el paquete vasculonervioso tienda a enredarse para posteriormente darle un movimiento de tracción, para que de esta manera extirpar el paquete.
 - 7) Se lava, para cohibir la hemorragia con peróxido de hidróxido, o con un cartucho de anestesia.
 - 8) Conductometría:
 - a) Se introduce una sonda con tope hasta llegar un poco antes de la unión con cemento dentinario.
 - b) Tomar radiografía con la angulación que más-

claramente salga el ápice.

c) Se saca la sonda, se mide y se anota. Se cal
cula lo que falta para llegar al ápice.

d) Se ajusta el tope a la diferencia calculada,
se toma una radiografía. Si la longitud es --
correcta se anota.

9) Ensanchado:

Teniendo ya el instrumental con la medida co---
rrecta, se procede a ensanchar ese conducto.

La preparación biomecánica del conducto compren
de:

- a) Ampliación y rectificación final.
- b) Alisamiento.
- c) Escombrado e irrigación.

El conducto debe ser ensanchado gradualmente en
toda su periferia y longitud, mientras mayor --
sea la ampliación mejor será la eliminación de--
gérmenes, la antisepsia y la obturación, al con
ducto hay que darle una forma cónica con vérti--
ce en el ápice.

a) Ampliación.

Se empieza con el ensanchador No. 1, se le da un tercio de vuelta y tracción, se hace lo mismo con la lima No. 1, se continúa y se hace la misma operación con el ensanchador y la lima del número siguiente y así sucesivamente, hasta que veamos que la dentina limada salga de una consistencia y color normal.

b) Alisamiento.

Esto se logra con una lima de menor grosor que el conducto, esta nos sirve para quitarle rugosidades a las paredes del conducto.

c) Escombrado e irrigación.

Se procede a lavar el conducto con el objeto de barrer todos los restos de dentina y ayudar a la desinfección y esterilización de ese conducto.

Se lava el conducto con una jeringa hipodérmica con aguja roma con 2 o 3 centímetros de hipoclorito de sodio, y sin hacer presión la introducimos al conducto y esperamos a que -

salga dicha sustancia, enseguida se seca con torundas de algodón y puntas de papel estériles. Se procede a hacer un nuevo lavado con peróxido de hidrógeno y se seca en la misma forma, como paso final se vuelve a lavar con hipoclorito de sodio y se vuelve a secar en la forma ya indicada.

- 10) Se coloca una punta de papel con la medida del conducto, bañada en paramonoclorofenol alcanforado y se sella la cavidad de acceso con cavit. Se cita al paciente al tercero o cuarto día.

2. SESION.

- 1) Se aísla el diente con dique de hule y se procede a remover la curación anterior.
- 2) Se vuelve a lavar y secar el conducto en la forma ya indicada.
- 3) Tomar cultivo.

Se coloca por espacio de 2 o 3 minutos una punta de papel en el conducto. Transcurrido este tiempo se deposita en un tubo de ensayo que con

tiene el medio de cultivo hecho a base de soja, tripticasa y agar. Al destapar y tapar este tu-

bo, hay que flamear su boca con el fin de que no entren microorganismos del aire, se anota -- con tela adhesiva pegada al tubo el nombre del paciente, fecha, hora, pieza y si es 1 o más -- conductos.

Se procede a colocar el tubo en la estufa de cultivo por espacio de 72 horas a 37.5 C de temperatura.

- 4) Se coloca una punta de papel embebida de paramonoclorofenol en el conducto y se sella la cavidad.

Se cita al paciente a los 3 o 4 días.

3 SESION.

Si el resultado del cultivo nos sale negativo, procedemos a hacer la obturación de ese -- conducto.

- 1) Se aísla la pieza con dique de hule.
- 2) Se remueve la curación de la sesión anterior.

- 3) Se lava y seca el conducto en la misma forma anteriormente dicha.

- 4) Se escoge una punta de gutapercha, cuyo extremo delgado debe tener un diámetro igual al del último instrumento ampliador que llegó al ápice.
- 5) Teniendo en cuenta la conductometría, se ajusta el extremo delgado de la punta a medio milímetro antes del ápice, la punta debe ofrecer gran resistencia para poderla introducir hasta el --ápice.
- 6) Se corta el extremo grueso de la punta, tomando en cuenta el medio milímetro que falta para que esa punta cierre el ápice.
- 7) Se toma la punta por su extremo grueso con unas pinzas de curación para que su parte delgada se moje en cloroformo y tocar con la punta humedecida el montículo de limalla, para que se le pegue una capa.
- 8) Se retirará la punta de papel del conducto e inmediatamente se introducirá la punta preparada, haciendo una ligera presión. El extremo ablandaa

do por el cloroformo avanza medio milímetro y sella herméticamente el ápice, la limalla estimulará a los cementoblastos a cerrar el foramen apical con neocemento.

- 10) Se mezcla una cápsula de sellador de Kerr con dos gotas de líquido. Introducir la mezcla por un lado de la punta y se bombea con un rellenador delgado.
- 11) Se colocan puntas accesorias alrededor de la punta principal. Con un condensador, se hace es pacio para que entren más puntas accesorias, hasta el momento en que no pueda entrar el con densador.
- 12) Con una cucharilla caliente se cortan todas -- las puntas de gutapercha, a la altura del conducto. Hay que tener cuidado de limpiar perfectamente la cavidad para que de esa manera evitar cambios de coloración de la pieza.

CAPITULO IVFRACTURAS EN DIENTES MONORRADICULARES TECNICAS DE RESTAURACIONRefuerzo con endoposte

Cuando la corona natural de un diente des pulpado se encuentra casi intacta puede colocarse - una restauración simple. Si se desea un refuerzo, - puede prepararse el conducto para recibir la inserción de un poste de oro vaciado o un poste prefabricado. Esto se logra porque el tercio apical del conducto se prepara para la inserción y cementación de un poste que viene a ser componente dentaria e independiente de la restauración coronaria.

La principal desventaja es que si el diente se decolora o se utiliza como soporte de puente - en el futuro, se complica el blanqueamiento o la -- confección de un poste unido a un muñón vaciado.

Poste y muñón colado para soportar una corona

Uno de los métodos más usados para restaurar dientes despulpados monorradiculares y muy destruidos, consiste en colar un poste y un muñón, cementarlos en su posición y sobre esa unidad construir una corona funcional.

La parte que representa la corona preparado de la pieza es el muñón, por lo tanto debe confeccionarse como el desgaste coronario preparado de un diente natural.

La parte del colado que le va a dar retención al muñón es el poste, por lo cual la longitud nueva de éste debe ser por lo menos de la longitud de la raíz.

Si la endodoncia y la prótesis es confeccionada por la misma persona, se tiene la facilidad de darle al conducto y a la obturación el espa

cio adecuado.

Cuando la terapia endodóntica es hecha por un especialista, éste debe de estar en íntimo contacto con el protesista antes de obturar el con ducto, si se utilizara un poste como parte de la restauración, deberá el conducto ser obturado cono de gurapercha, ya que éste permite la prepara ción del poste con relativa facilidad en caso de que sea obturado con punta de plata emplearemos la técnica del cono de plata seccionado.

Antes de preparar el conducto para el -- poste, la corona debe ser preparada, es decir, dejarla libre de esmalte sin soporte dentinario y án gulos agudos.

No es absolutamente necesario desgastar el tejido coronario hasta el margen gingival, ya que la dentina sana coronaria nos ayudará a la pre paración y retención del muñón colado.

Para evitar el sangrado gingival que proviene de la preparación de las paredes axiales de la corona remanente, se procede primero a hacer la preparación del conducto que alojará a este colado, pero hay que tener demasiado cuidado en no hacer perforaciones radiculares.

Lo ideal sería que el endodoncista iniciara la preparación para alojar ese poste, ya que él está familiarizado con la morfología de ese conducto.

Para iniciar la preparación de ese conducto, tomaremos una fresa de bola pequeña a baja velocidad, introduciéndola hasta su longitud total e ir aumentando gradualmente el diámetro de la fresa, a continuación con una fresa cilíndrica de diamante introduciéndola en toda su longitud eliminaremos y alisaremos las paredes del conducto.

Desde una vista oclusal observaremos una

, preparación ovoidea que nos impedirá la rotación -
del poste.

De ser posible tallaremos un escalón que
aumentará la resistencia, la retención y orientará
la posición del poste.

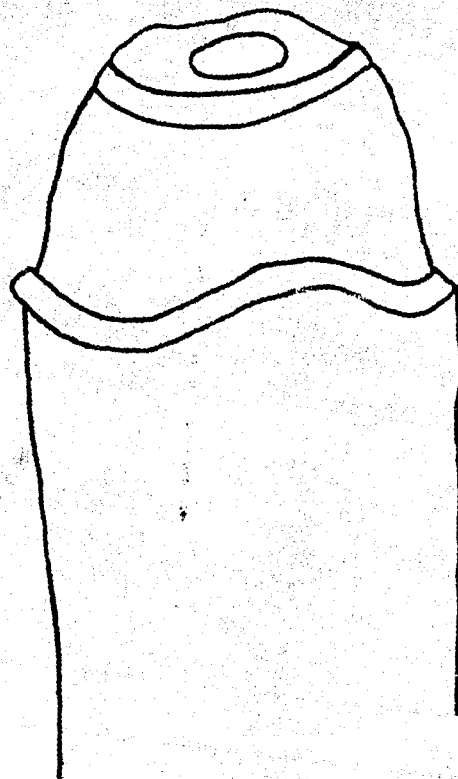
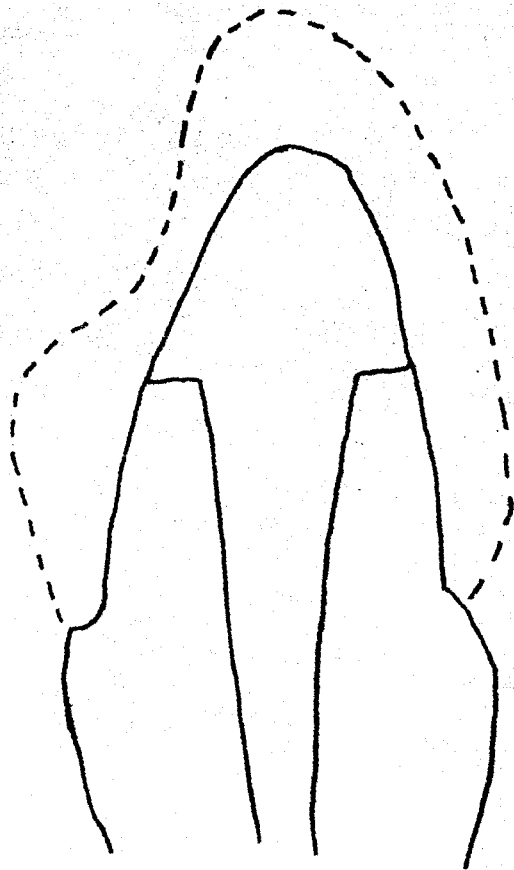


Fig. I
Poste y Muñón Colado para Soportar Corona

les eligirá el sitio y profundidad adecuada para -
que no se perfore el diente y tenga buena reten-
ción, se debe de lograr un paralelismo entre estos
peans.

Cuando existen perforaciones para peans -
en varias piezas resulta casi imposible calcular -
visualmente el paralelismo entre éstos, para estos
casos existen diversos aparatos para lograr perfo-
raciones paralelas, los más conocidos son:

-Paralelómetro de Lomalinda y el Pontos-
tructor.

-Las perforaciones se hacen con brocas es-
peciales de espiral de .023 pulgadas de
diámetro.

En estas perforaciones se colocan peans -
de nylon "cabeza aplanada" de .022 pulgadas de diá-
metro.

Se toma la impresión y los peans quedarán
atrapados dentro de ésta.

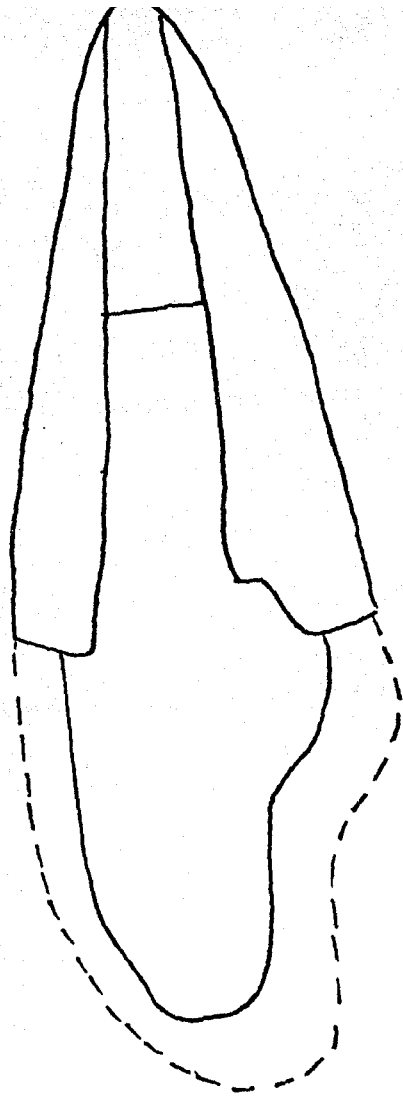
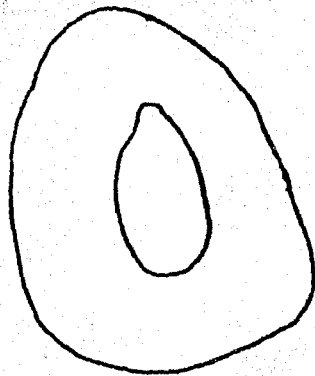
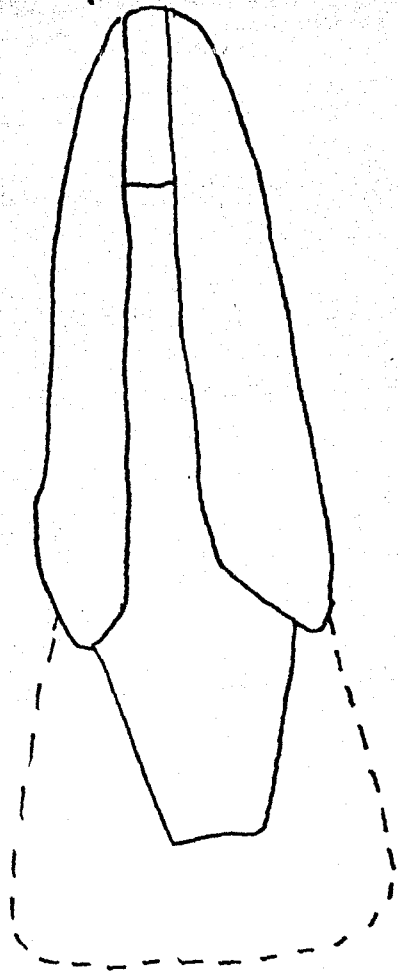


Fig. II

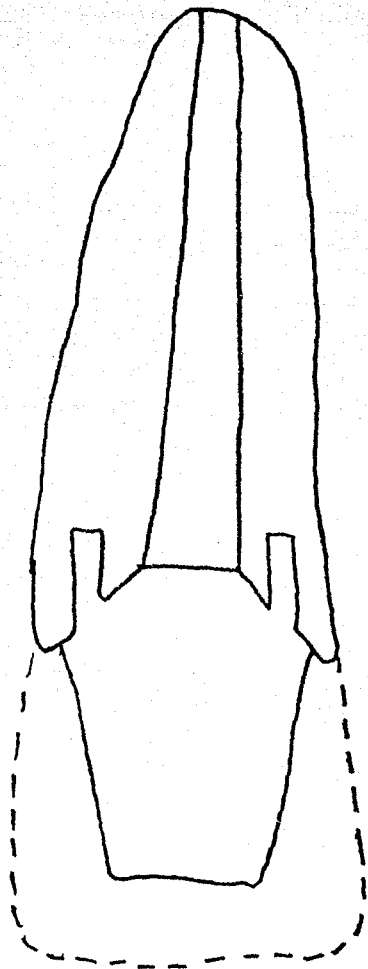
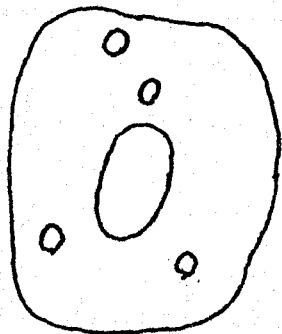
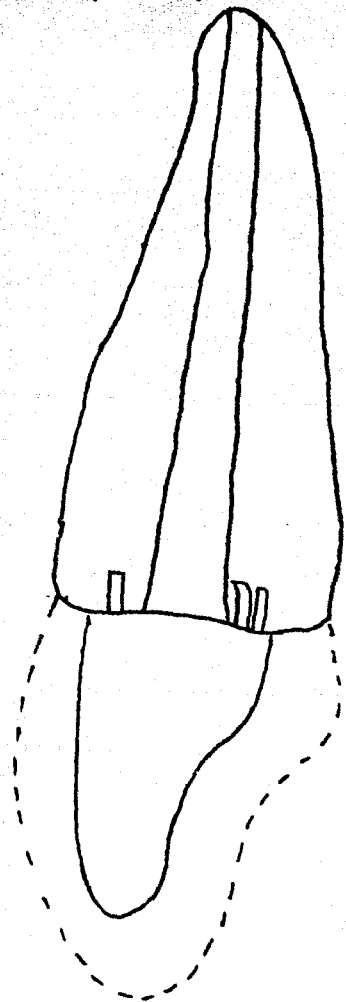
PEANS PARALELOS Y MUÑÓN COLADO PARA RECIBIR LA
CORONA

Existen casos en los cuales la utilización del conducto para que aloje el poste resulta totalmente desfavorable, ejemplo:

- 1) Cuando el conducto es corto y curvo
- 2) Cuando el conducto fue obturado con puntas de plata
- 3) En piezas multirradiculares en que la corona se encuentra inclinada con respecto al eje axial de las raíces.
- 4) Cuando la pieza tiene un poste cementado que no puede o no debe quitarse.

Se prepara la estructura coronal remanente para un muñón que logra su retención por medio de peans puestos paralelos entre sí, alejados de la periferia del conducto.

Se utilizan de menos 2 peans y a éstos se



Peans paralelos y muñón
colado para recibir co-
rona.

POSTE Y COFIA TELESCOPICA (SUBESTRUCTURA) CORONA
(SUPERESTRUCTURA)

Este método de reconstrucción intra y extra radicular está indicado:

- 1) Cuando la longitud gingivo-oclusal de la corona clínica remanente es muy pequeña.
- 2) Cuando el conducto que alojará al poste es pequeño.
- 3) Cuando no existe paralelismo entre el eje axial de la raíz por tratar con los demás soportes de puentes o piezas por ferulizar.

Esta técnica emplea una subestructura -- que consta de poste cofia telescópica y una superestructura que es la corona.

La técnica y preparación son parecidas - a las del poste y muñón colado, con la única diferencia de preparar las paredes axiales de la corona clínica remanente hasta el límite gingivocervi-

cal.

La impresión deberá abarcar dicha línea- que al confeccionar la cofia telescópica, se cubra completamente la preparación del tejido coronal remanente.

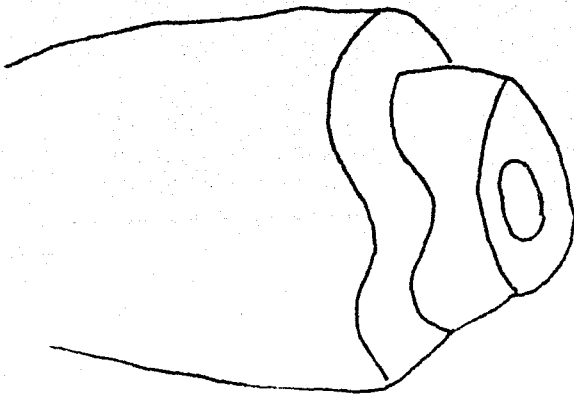
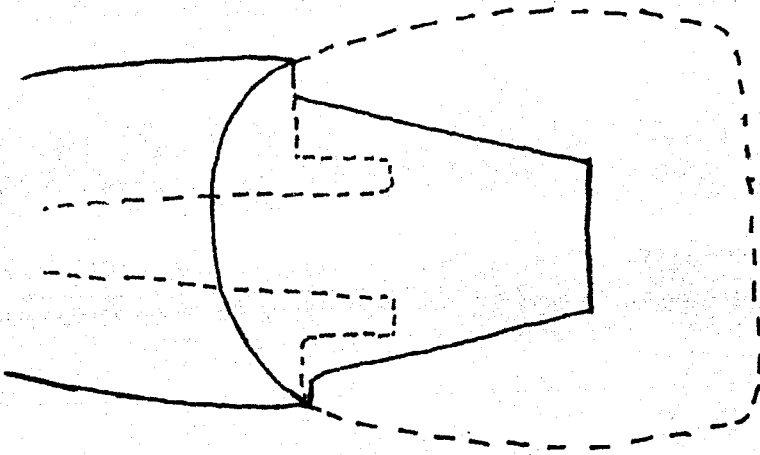
La cofia en sus contornos se asemeja a - la preparación de una corona natural con hombro en toda su circunferencia cervical.

El socavado que lleva el hombro nos va a dar la retención a la superestructura que va a ser de oro, resina o de porcelana fundida sobre metal.

Si la pieza se va a ocupar como soporte, se verá el paralelismo de las paredes axiales de - las demás piezas para que así tengan la misma tra- yectoria de inserción.

Después de haber obtenido el colado-pos- te telescópica, se procede a tomar la impresión, -

teniendo en cuenta que el colado debe de quedar --
atrapado en ella, para así poder articular y con--
feccionar la superestructura.



Poste y cofia telescópica (Subestructura)
Corona (Superestructura)

POSTE Y CORONA COLADA (UNA UNIDAD)

Casi la mayoría de las veces, se ocupan este tipo de corona con poste para dientes anteriores.

La porción coronaria puede ser confeccionada de diferentes materiales como lo son: oro, -- porcelana, resina, acrílica o una combinación oro-porcelana.

Los postes ya sean prefabricados o confeccionados deben de ajustar perfectamente en el conducto.

Las partes prefabricadas consisten en un vástago que se extiende desde la región coronaria a manera de muñón con un hombro a nivel de la zona cervical; desde ese punto empieza a estrecharse -- apicalmente.

Considerando que el vástago está sometido a grandes fuerzas, se fabrica a base de aleación oro platino.

Existen diferentes tipos de coronas:

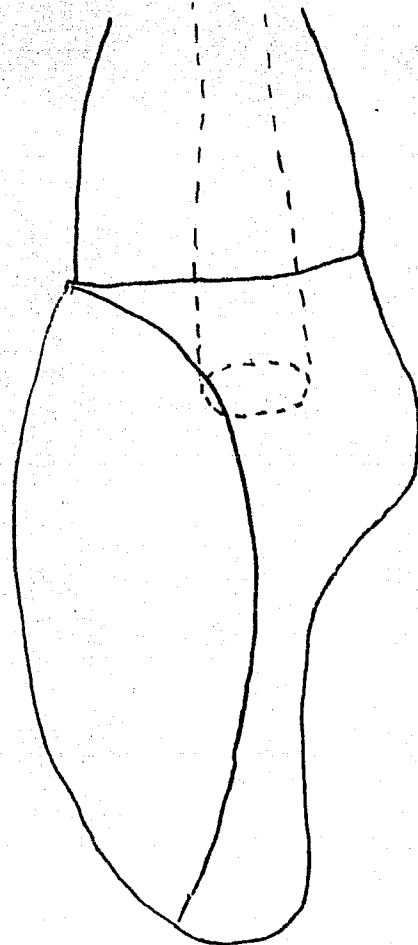
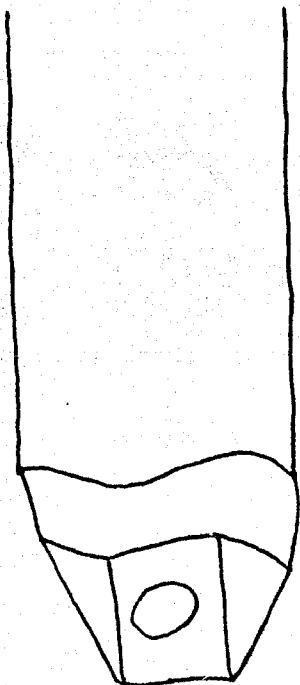
- 1) Corona Davis. Es enteramente o casi totalmente de porcelana fundida al poste, -- también se hacen de acrílico polimerizado al poste.
- 2) Corona Richmond. Poste y corona vaciada con --- frente de porcelana, se le llama corona combinada oro porcelana.

Este ha sido uno de los métodos más antiguos para restaurar dientes anteriores muy destruidos.

Sin embargo, si existiera la menor posibilidad de que dicho diente tuviera que ser utilizado más tarde como soporte de puente o por alguna razón tuviera que volverse a restaurar, debe evi--

tarse el uso de este procedimiento.

Es bastante difícil de remover una corona con poste insuficiente, con más razón una que está construida adecuadamente. El riesgo de fractura de lo que queda de diente o de raíz siempre está presente.



Poste y Corona colada
(Una unidad)

CAPITULO VREHABILITACION Y TRATAMIENTO DE FRACTURASEN PIEZAS MULTIRADICULARES

RECONSTRUCCION DE AMALGAMAS CON PINS O PIVOTE
PARA CORONAS COMPLETAS.

Si hay todavía restos dignos de conser--
var en la corona, entonces esta puede ser recons--
truida con material de relleno, después de haber -
preparado convenientemente los restos.

En principio se forman con cemento de --
fosfato de zinc las paredes dentinales débiles.

Como siguiente punto se reconstruye la -
parte que falta con amalgama de plata; ésta puede-
ser fijada en muchos casos, en la cámara pulpar en
sanchada y profundizada.

En dientes muy destruidos se ensanchan -
1 o 2 conductos radiculares, según las necesidades,
hasta una profundidad de por lo menos 4 a 5 mm y -
se cementa en los mismos tornillos de acero con ca
beza y punta roma.

Después de cementado el tornillo, se co-
loca una matriz bien ajustada y apretada sobre el-
muñón, pero de tal manera que no interfiera en la-
oclusión.

En esta matriz se empaqueta la amalgama,
cubriendo completamente el tornillo. Después de -
24 horas, cuando haya cristalizado la amalgama, -
se retira la matriz y se retoca y pule la recons-
trucción de amalgama.

SOBRE INCRUSTACION ONLAY

Cuando las paredes bucales o linguales - de un diente posterior tienen un buen soporte dentinario, se puede recurrir a la incrustación mesio ocluso distal de oro colado, con el requisito adicional de cubrir y proteger las cúspides.

La preparación se hará con paredes paralelas, pisos planos, cajas de retención, desgaste de cúspides y terminado del borde cavo superficial.

POSTE Y MUÑÓN ENSAMBLADO PARA SOPORTAR CORONAS
COMPLETAS.

Cuando los conductos de una pieza multiradicular son perfectos para alojar postes, pero la divergencia de las piezas impide confeccionar los postes y el muñón en una sola unidad se procede por secciones.

Los postes son confeccionados por separado y sus muñones se unen por medio de aditamentos de semiprecisión.

Los postes y muñones de molares inferiores suelen hacerse en 2 secciones. Una sección distal que se modela y se vacía para alojarse en la preparación del conducto distal.

Una sección mesial se confecciona y se inserta en las preparaciones hechas a los conductos mesiales.

En el muñón distal se labra el aditamento de semiprecisión que se desliza por las canaladuras paralelas talladas al muñón mesial. De este modo se logra el ensamble de las dos unidades.

Los postes y muñones de molares superiores pueden confeccionarse en dos unidades. Un colado para el conducto palatino y otro colado que se aloja en los 2 conductos vestibulares.

Cuando las dos raíces bucales son muy divergentes se confeccionan tres secciones.

RECONSTRUCCION DEL MUÑÓN POR MEDIO DE UN COLADO
PARA SOPORTAR UNA CORONA.

Puede obtenerse una reconstrucción muy resistente del muñón mediante una preparación colada, una vez preparado el muñón, se ensancha 1 o 2 con--ductos radiculares, a la profundidad de 4 a 5 mm para recibir pernos.

Si se emplean dos pernos para el anclaje, deben prepararse los conductos paralelos entre sí, para poder retirar los pernos junto con la cera. Si esto no fuera posible, hay que conformarse con un -perno solo. Una vez introducidos los pernos, se presiona una para colar alrededor de sus extremos oclusales y se modela la parte del muñón que falta. Se retira luego el patrón de cera junto con los per---nos, se le pone en revestimiento y se le cuela, luego se cementa en su lugar y sobre ese muñón se re--construye una corona funcional.

POSTE PARALELO PARA HACER MUÑÓN COLADO PARA
CORONAS DE PORCELANA.

Este tipo de anclaje se emplea en el primer premolar superior. Se preparan los dos conductos radiculares para recibir los postes para el anclaje, se deben preparar paralelos entre sí, ya -- preparados, se introducen bien los postes prefabricados, se presiona cera para colar alrededor de -- los extremos oclusales de los postes y se modela -- la parte del muñón. Se retira el patrón de cera -- junto con los postes, se revisa, se cuela y se cementa en su lugar para construir después la coro--na.

C O N C L U S I O N E S

El número de fracturas dentarias aumenta cada día como consecuencia de la vida y actividades modernas.

El Cirujano Dentista debe aplicar todas las técnicas a su alcance para salvar el diente -- fracturado.

El pronóstico favorable para el diente - fracturado, depende en gran parte de las medidas - adaptadas inmediatamente por el cirujano dentista, en el tratamiento inicial o en el de emergencia.

Un adecuado tratamiento de emergencia se guido de otro permanente acertado, podrían reducir considerablemente la pérdida de dientes fractura-- dos y beneficiar la boca para la salud general del organismo.

B I B L I O G R A F I A

- Doxtater, L. W. Procedimientos modernos en coronas y puentes.
Editorial Uteha
México 1939
- Feinberg Rehabilitación bucal total en la práctica diaria
Editorial Panamericana
Argentina 1975
- Legro Prótesis dental en porcelana
Editorial Labor S.A.
1934
- Lylman Coronas y puentes
Segunda Edición
Editorial Uteha
México 1956

- Myers George Coronas y puentes
Editorial Labor
Barcelona 1971
- Ripol Carlos Prostodoncia conceptos genera-
les.
Tomo I
Editorial Interamericana
México 1976
- Ripol Carlos Rehabilitación Bucal
Editorial Interamericana
México 1961
- Craig G. Roberto Materiales Dentales Restaura-
dores
Cuarta Edición
Editorial Mundi S.A.
- Turell Julio Rehabilitación Dentaria
Editorial Mundi
Buenos Aires, Argentina 1976

- Grossman I. Louis **Práctica Endodónica**
 Editorial Progental
 Buenos Aires, Argentina
- Sacchi Hector **Coronas y Puentes de Porcelana**
 Editorial Mundi
- Brecker, S. Ch. **Rehabilitación Oclusal (Proce-**
 dimientos)
 Editorial Mundi