

24. 728



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

RECONSTRUCCION DE DIENTES ANTERIORES
CON CORONAS COMBINADAS

TESIS PROFESIONAL
QUE PRESENTA :
NORMA PATRICIA REBOLLAR REBOLLAR
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	Pag.
DEDICATORIA	1
INDICE	3
INTRODUCCION	6
HISTORIA	7
DEFINICION DE PROTESIS ..	14
RETENEDORES	15
REQUISITOS DE UN RETENEDOR	15
CLASIFICACION DE LOS RETENEDORES	16
REQUISITOS PARA ELABORAR LAS RESTAURACIONES.....	18
HISTORIA CLINICA	19
HISTORIA DENTAL	20
PRUEBAS AUXILIARES EN EL DIAGNOSTICO.....	23
ESTUDIO RADIOGRAFICO	23
TECNICA DE ANGULO INCLINADO DE BISECTRIZ O DE -	
CONO CORTO	25
TECNICA DE CONO LARGO O ANGULO RECTO	25
MODELOS DE ESTUDIO	25
PLAN DE TRATAMIENTO	29
TIPOS Y PREPARACION DE RETENEDORES	
a) Corona Tres Cuartos Anterior	31
b) Corona Pindlege	33
c) Corona Total de Porcelana	34

	Pag.
d) Corona Muñon y Espiga	35
e) Corona de Oro con Frente Estetico (Corona Veneer).	36
PREPARACION DE CORONAS PARCIALES EN DIENTES ANTERIORES CON RETENCION DE RIELERAS	39
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN DIENTES CON POS- TE METALICO	40
DIENTES CON TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	41
TOMA DE IMPRESION PARA DIENTES CON TRATAMIENTOS DE -- CONDUCTOS	42
PROVISIONALES	43
a) Método Directo	46
b) Método Indirecto	47
RETRACCION GINGIVAL	48
CLASIFICACION DE MATERIALES DE IMPRESION	51
HIDROCOLOIDES REVERSIBLES (AGAR).....	53
MATERIALES DE IMPRESION SIN BASE DE CAUCHO	55
HIDROCOLOIDES IRREVERSIBLE	56
BASE DE CAUCHO DE MERCAPTANOS	57
MATERIALES DE IMPRESION	
a) Modelina.....	57
b) Pasta Zinquenólica	58
c) Cera de Impresión	59
d) Hidrocoloides Reversible (Agar)	59
TOMA DE IMPRESION	59
RELACIONES OCLUSALES	61

	Pag.
OCLUSION DEL PACIENTE.....	62
EXCURSION LATERAL	64
PRUEBAS DE METALES	66
PRUEBA DEL BIZCOCHO (PORCELANA)	68
CEMENTACION	68
CONTROL DEL DOLOR	69
PREPARACION DE LA BOCA	72
MEZCLA DEL CEMENTO	70
REMOCION DEL CEMENTO	71
INSTRUCCIONES AL PACIENTE	71
CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFIA	74

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

El trabajo que a continuación expongo es una investigación bibliografica, que se remota desde los inicios de la historia universal hasta nuestros días.

La sustitución y la restauración de piezas dentales semi--destruidas, o faltantes ha sido un reto para la inventiva--del hombre, pero a través del tiempo ha encontrado la solución a estos problemas que por siglos ha padecido la humanidad.

Se fueron inventando técnicas de preparaciones para que los dientes fueran adaptados para recibir una prótesis de materiales diversos, hasta llegar a los actuales, esté trabajo--contiene una resumida historia de la prótesis dental y la --descripción de las técnicas actuales de los retenedores, su modo de preparación, la toma de impresiones con varios mate--riales, y el cementado de el trabajo terminado, pasando an--tes por todos los pasos intermedios de rigor, que nos sir--ven para dar un buen terminado a la prótesis que se va a co--locar.

HISTORIA.

Desde tiempos remotos el hombre se ha preocupado de la sustitución de piezas perdidas, por aparatos protésicos.

Estos aparatos protésicos eran ajustados con ligaduras de diversos materiales, entre los que tenemos: Tripas de Gato, láminas delgadas de oro y plata, y como sustitutos de las piezas faltantes se usaban dientes naturales que desprendían de otras bocas.

Se encontró en una de las tumbas más antiguas junto a Saida, un ejemplar fenicio que data del siglo IV A.C., formados por seis dientes anteriores inferiores ligados con alambres de oro, dos de los incisivos eran p^onticos dientes naturales de los cuales habían cortado las raíces, provistos de alambre adicionales que pasaban por agujeros que tenían y sobre los extremos de las raíces, mientras que otro juego de alambres sujetaba los bordes incisales; ésta reliquia se conserva en el museo de --- Louvre de París.

Se cree, según observaciones hechas en relación con los dientes artificiales en bocas de momias que, los fení

cios fueron los primeros en construir prótesis dentales.

La fijación de dientes débiles, a los vecinos más fuertes eran uno de los fines de estos aparatos.

Uno de los aparatos más antiguos de esta clase pertenece al siglo IV A.C., se encontró en una necrópolis etrusca; fué construido para sostener dientes flojos, un estudio demostró que el estado de los alvéolos de los tres dientes faltantes existieron hasta la muerte del individuo.

Uno de los ponticos más antiguos de dientes tallados, es un puente etrusco construido en el año 500 A.C., hecho de una serie de siete anillos ligeros de oro soldado, cinco de los cuales abrazaban dientes naturales superiores, uno sostenido en el segundo premolar izquierdo artificial y el otro sosteniendo dos incisivos artificiales remachados en su lugar, probablemente fué tallado de un sólo diente de buey o de ternera.

Es muy probable que los etruscos enseñaran el trabajo-

de la prótesis dental a los romanos, según análisis de trabajos romanos y etruscos encontrados en Italia.

Es hasta fines del siglo XIII cuando se vuelve a tener conocimiento de trabajos prótesicos cuando Marco Polo hace referencia a, que hombres y mujeres del Sureste de China, cubrían sus dientes con placas delgadas de oro.

Dentaduras parciales, talladas de hueso y marfil ligadas a los dientes naturales se usaron en España en el siglo XVI.

Hacia 1740, el primer dentista, que se sabe que usó cubiertas de oro, tanto para dientes anteriores como para posteriores fue C. Ounton; aplicaba los capuchones a -- dientes defectuosos, esmaltando los capuchones para anteriores para darle apariencia de dientes naturales.

En el Japón en el siglo XVIII, se usaba la madera y el marfil, en la elaboración de dentaduras.

Dientes de marfil y hueso, sujetos con alambre de co--

bro o hilo de tripa, son usados en China.

Incrustaciones de Jade, son usadas por los mayas en México.

Ninguna mejoría del aspecto técnico en la elaboración de estos trabajos es notoria, hasta 1723 en que aparece Pierre Fouchard considerado padre de la prótesis moderna, por el uso de espigas atornilladas a las raíces de los dientes naturales.

Hacia 1845, se logra un avance con Hohn Allen, quién hizo bulbos que se fijaban a los dientes naturales por medio de ganchos o resortes, y es así como se inicia la era de las coronas y puentes.

En 1850, y basándose en los datos de los franceses, el método para la restauración de superficies coronarias sería la corona espiga, con el defecto de ser de madera, que por lo tanto se hinchaba con la humedad de la boca, hasta romper la raíz.

Cronología de acontecimientos importantes en la histo-

rña de la prótesis fija.

- En 1840 Daniel T. Evans. presenta su articulador, el primero con movimientos de protusión y lateralidad.

En 1856 W.A. Divinella, sugirió, lo que se ha llamado el progenitor de los puentes modernos, en la descripción de un método de adaptación de una cofia, decía : Al extremo de la raíz y fijación de un diente artificial a ésta cofia, se puede colocar una placa a través del espacio que no está ocupado por raíces y montar sobre ella una hilera de dientes interrumpida.

- 1857 John Tham, de Inglaterra, obtiene la patente sobre una carilla intercambiable, semejante a la carilla de Steel, siendo anterior a la patente de ésta por 46 años.

- 1871 B.J. Bing patentó una corona de oro con bandas cúspides troqueladas.

- 1878 D.C. Matterson, introdujo la corona de frente abierto.

- 1889 C.H. Land, de Detroit, introduce un método de construcción de coronas completas de alta fusión, también hizo incrustaciones de porcelana de alta fusión fundidas en matriz de platino.

- 1896 William E. Walker, estudia los movimientos de la mandíbula con relación a la prótesis dental.

- 1900 Se generaliza el uso de porcelana de alta fusión teniendo éxito solo en coronas completas.

Hasta ésta época los dentistas no reparaban en el daño ocasionado a la pulpa, al desvitalizarlos para una mayor retención mecánica, cortar un diente completamente sano y colocar una espiga con corona de frente estético de porcelana era lo más usual.

- 1907 Aparece el método de vaciados de oro mediante un método de cera; este método hizo creación de las coronas 3/4, en 1910.

William Hunter, denuncia la falta de asepsia en la -

odontología americana, ya que ésta provocaba alteraciones en los pacientes.

La aplicación de los rayos " X " a la odontología hace posible una exploración más amplia para el diagnóstico de enfermedades bucales.

- 1937 Se dá a conocer el hidocoloides agar, como material para impresionar incrustaciones y puentes.

- 1940 Se usan las resinas sintéticas como base de dentaduras completas, las resinas acrílicas se usan en la fabricación de dientes.

Los adelantos logrados en el estudio de la fisiología de la oclusión ayudaron en el perfeccionamiento de la construcción de prótesis, dando como resultado mayor adaptación de los tejidos orales.

DEFINICION DE PROTESIS

Deriva del vocablo griego, que significa " EN LUGAR DE "

Prótesis fija: Rama de la odontología encargada del estudio de los aparatos destinados a la sustitución o restauración de un número limitado de piezas dentarias perdidas, o parcialmente destruidas.

Por lo tanto los dientes perdidos se reemplazarán por medio de dos tipos de aparatos dentales, las prótesis fijas y las removibles.

Aqui sólo nos referimos única y exclusivamente a restauraciones individuales en piezas anteriores.

Como es sabido los dientes se pierden por diversas causas como son: lesiones cariosas, enfermedades parodontales y lesiones traumáticas. Los dientes afectados deben ser restaurados tan pronto como sea posible para evitar mayores complicaciones a la cavidad oral.

RETENEDORES

Son las restauraciones que nos permitirán fijar un puente a los dientes pilares.

REQUISITOS DE UN RETENEDOR:

- A) Retención: De esto depende de que la prótesis resista las fuerzas de la masticación y no sea desalojado; ésta retención se logra haciendo las paredes axiales con dirección convergente en restauraciones coronarias y lo más extensa posible.
- B) Resistencia: Un retenedor debe de tener un espesor suficiente, de acuerdo con la dureza del material empleado, para así, resistir las fuerzas funcionales que pudieran aflojar nuestro retenedor al separar los márgenes.
- C) Factores Estéticos: Estos varían según la colocación de la prótesis en la cavidad oral ya que no existe tanto requerimiento de este-

factor en posteriores como en anteriores y de una persona a otra.

- D) Factores Biológicos: En la preparación de las piezas para retenedores, se debe de tomar en cuenta que, el diente es tejido vivo y se deberá eliminar la menor cantidad posible de tejido dentario.

CLASIFICACION DE LOS RETENEDORES

- A) RETENEDORES INTRACORONALES
- B) RETENEDORES EXTRACORONALES
- C) RETENEDORES INTRARADICULARES.

A) RETENEDORES INTRACORONALES: Este es un tipo de retenedores, básicamente para incrustaciones en dientes posteriores y en casos muy especiales se usan en dientes anteriores.

B) RETENEDORES EXTRACORONALES: Este tipo de retenedores son de mayor penetración en la coro-

na del diente y se extiende alrededor de las superficies axiales del diente, aunque puede entrar más profundamente en la dentina, en las áreas relativamente pequeñas de las formas de retención.

Cuando no es de mucha importancia, podemos utilizar la corona completa de oro-colada; y donde es imprescindible la estética usaremos la corona Veneer, preparaciones pinledg o coronas totales de porcelana.

C) RETENEDORES INTRARADICULARES: Este tipo de retenedores sólo se usa en dientes desvitalizados por medios endodónticos, obteniéndose la retención por medio de una espigamuña y la corona richmond son ejemplo de éste tipo de retenedores.

REQUISITOS PARA ELABORAR LAS RESTAURACIONES

Los requisitos dependen tanto de los materiales, como del diseño.

Existen requisitos físicos y biológicos.

Los requisitos físicos: Son las propiedades que exigen a los materiales, los cuales deben ser lo suficientemente potentes para que resistan las fuerzas de oclusión, deben tener dureza para evitar el desgaste, contorno anatómico correcto y color convincente.

Requisitos biológicos: Son las propiedades en el diseño; los materiales no deben ser irritantes para los tejidos orales; se debe guardar armonía con los antagonistas y las superficies axiales deben planearse de modo que faciliten la limpieza.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

1. Edad apropiada
2. Estructura dental sana
3. Higiene dental buena
4. Crestas alveolares en buenas condiciones
5. Oclusión favorable.
6. Tejido periodontal favorable
7. Pacientes cuyas ocupaciones requieran de firmeza en

sus prótesis.

8. En plan de tratamiento parodontal en que se requieran férulas de tipo fijo.
9. Salud general del paciente buena.

VENTAJAS

- a) No existe la necesidad de sacarlo para su limpieza.
- b) Nos da mayor estética.
- c) Trasmite las fuerzas de soporte, estimulando los tejidos de soporte

DESVENTAJAS

- a) Alto costo.
- b) Desgaste de las piezas necesario a su preparación.

HISTORIA CLINICA

La elaboración de una historia clínica adecuada es --- probablemente el aspecto más descuidado del exámen dental, aún constituye una fuente valiosa de información -- que puede afectar en forma directa el éxito del tratamiento . La información proporcionada por una historia-

clínica adecuada nos brinda los datos complementarios - que llevan a una decisión prudente acerca del tipo de -- prótesis que el paciente puede usar, con tranquilidad, - comodidad y bienestar; por conveniencia, puede dividirse en historia clínica o historia dental.

FICHA DE IDENTIFICACION

1. Nombre
2. Dirección
3. Teléfono
4. Edad y fecha de nacimiento
5. Ocupación
6. Estado Civil

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

1. Aparato circulatorio
2. Aparato digestivo
3. Aparato respiratorio
4. Aparato urinario
5. Sistema Nervioso

HISTORIA DENTAL

Un exámen visual y digital son la base para una historia
clínica dental

1. Higiene dental
2. Dientes obturados
3. Dientes con caries
4. Propensión a la caries
5. Dientes Girovertidos
6. Extracciones
7. Antecedentes protésicos
8. Dientes con prótesis
9. Dientes con movilidad
10. Tipo de oclusión
11. Articulación Temporo Mandibular
12. Exámen y diagnóstico de dientes con tratamiento de conductos
13. Exámen y diagnóstico de los modelos de estudio
14. Estudio Radiográfico
15. Plan de tratamiento.

Exploración de la Encía: Características normales color-rosa coral, aspecto rugoso como cáscara de naranja, consistencia firme.

Para colocar una prótesis, es necesario que la encía se encuentre en buen estado, de lo contrario se aumentaría-

el proceso patológico; con frecuencia encontramos tártaro dental (sarro) como causa de irritación, es necesario hacer una odontoxesis antes de iniciar el tratamiento. Cualquiera que sea la etiología de la irritación - deberá ser erradicada.

Lengua : Podemos encontrar en éste órgano situaciones patológicas como: Lengua escrotal, no patológicas macrolosía en acromegalia y mongolismo, lengua saburral causada por estados febriles, lengua febril, lengua geográfica, dificultad de movimientos debido a parálisis parcial o total de éste órgano y temblores en alcohólicos.

Paladar : Podemos encontrar paladar fisurado, torus palatino, neoplasias de origen dentario, procesos inflamatorios; en el velo del paladar, erupciones causadas por fiebres, placas de color blanco con halo rojo en la sífilis secundaria, la palidez es síntoma de anemia o procesos infecciosos crónicos.

Piezas Dentarias: Se deben observar todas y cada una -- de las piezas, tomando en cuenta número, forma, posición desarrollo, color y oclusión: se buscan lesiones cario-

el proceso patológico; con frecuencia encontramos tártaro dental (sarro) como causa de irritación, es necesario hacer una odontoxesis antes de iniciar el tratamiento. Cualquiera que sea la etiología de la irritación deberá ser erradicada.

Lengua : Podemos encontrar en éste órgano situaciones patológicas como: Lengua escrotal, no patológicas macrolosía en acromegalia y mongolismo, lengua saburral causada por estados febriles, lengua febril, lengua geográfica, dificultad de movimientos debido a parálisis parcial o total de éste órgano y temblores en alcohólicos.

Paladar : Podemos encontrar paladar fisurado, torus palatino, neoplasias de origen dentario, procesos inflamatorios; en el velo del paladar, erupciones causadas por fiebres, placas de color blanco con halo rojo en la sífilis secundaria, la palidez es síntoma de anemia o procesos infecciosos crónicos.

Piezas Dentarias: Se deben observar todas y cada una de las piezas, tomando en cuenta número, forma, posición desarrollo, color y oclusión: se buscan lesiones cario-

bas, restauraciones defectuosas, puntos prematuros de contacto, movilidad que puede ser de primero, segundo y tercer grado .

PRUEBAS AUXILIARES EN EL DIAGNOSTICO

Percusión: Método de diagnóstico que consiste en dar un golpe al diente rápido y suave con el mango del instrumento, pudiendo con esto registrar alguna patología parodontal; en ocasiones un diente no responde al ser golpeado, pero si invertimos la dirección del golpe, puede responder al estímulo.

Medición: Este método de exploración lo utilizamos en la medición de las bolsas parodontales, así como en la planeación de la prótesis.

Pruebas térmicas: Nos ayudan a determinar la vitalidad de la pulpa, pues, se sabe que la pulpa reacciona más a los estímulos térmicos que a los eléctricos.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Se puede considerar que un examen dental sea completo-

sin tomar radiografías adecuadas. En la mayoría de los pacientes pueden abundar restos radiculares, tratamiento de conductos mal elaborados, quistes, abscesos y otras anomalías.

Deben de emplearse por lo menos dieciseis radiografías incluyendo dos placas de aleta mordida para los diagnósticos; o bien una elipsopantomografía.

Estos datos que se pueden obtener de una interpretación adecuada de las radiografías dentales es uno de los elementos más importantes del examen dental, además de descubrir caries encipiente, presencia de dientes impactados, etc.

También es importante mencionar los procesos patológicos que se pueden encontrar, las radiografías proporcionan al examinador valiosos datos en relación con las características y posible resistencia de las piezas que se restauran.

Se tendrá especial cuidado en examinar cualquier radiopacidad o radiolucencia que no puede identificarse dentro del límite normal.

TECNICA DE ANGULO INCLINADO DE BISECTRIZ O DE CONO CORTO.

Dirige el rayo central perpendicularmente a una línea -- imaginaria que bisecta al ángulo formado por el eje -- longitudinal del diente y el plano de la placa radiográfica.

TECNICA DE CONO LARGO O ANGULO RECTO

El rayo se dirige perpendicularmente al eje longitudinal del diente.

MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio o de diagnóstico proporcionan datos que no pueden obtenerse por otros medios y son de valor inestimable en la formulación de juicios importantes en la prescripción de la prótesis y en la elaboración del plan de tratamiento. Los modelos de estudio tienen diversas finalidades; es muy difícil llevar a cabo una prótesis parcial sin emplearlos.

Las aplicaciones más importantes de los modelos de estudio son las siguientes:

- a) Como auxiliares en el diseño y elaboración de la prótesis para determinar con exactitud el contorno de diversas estructuras, así como la relación que guardan entre si.

- b) Como reproducción tridimensional para distinguir -- las superficies bucales que exigen modificación para mejorar el diseño.

- c) Como complemento de las instrucciones que se dan al técnico del laboratorio, los modelos de estudio ilustran en forma objetiva la prótesis que se ha prescrito.

El diseño de ésta debe trazarse sobre el modelo de estudio y mandarse al laboratorio junto con el modelo de -- trabajo sin marcar. Deben de hacerse todos los trazos sobre el modelo de estudio, nunca sobre el modelo de trabajo, ya que éste puede alterarse. En ésta forma el modelo de estudio constituye un registro del diseño prescrito que puede substituir la falta de comunicación directa entre el técnico y el dentista.

Es útil así mismo para establecer la obligación tanto-

del dentista para proyectar y prescribir el diseño, como el técnico para seguir con exactitud y precisión las -- instrucciones para la elaboración de la prótesis.

Los modelos de estudio constituyen un registro preciso y duradero para usarlos posteriormente, en caso de que el paciente decida posponer temporalmente el tratamiento.

Pueden emplearse para mostrar a éste, el tratamiento --- planeado y son extraordinariamente útiles para ilustrar - y aclarar las instrucciones al cirujano, cuando se va a - intervenir quirúrgicamente como parte del tratamiento pre- liminar; el modelo de estudio tiene gran valor para reco- nocer y representar la necesidad y los resultados de los procedimientos planeados para clínica y laboratorio.

Por ejemplo: Los dientes anteriores pueden eliminarse y substituirse con dientes artificiales en el modelo para - tener una idea aproximada para anticiparse a los posibles problemas y a la estética lograda, antes de decidir la - extracción de los dientes anteriores con el propósito de mejorar el aspecto enfermo; otra aplicación de los mode- - los de estudio, en la educación del paciente. La perso- na que lleva una prótesis parcial debe de conservar su - boca en un estado extremo de buena higiene y sin caries -

recurrente en los bordes de las restauraciones y de irritación gingival. Los modelos de estudio pueden ser útiles así mismo para enseñar la técnica de cepillado adecuada y el uso de la seda dental, así como para ayudar al paciente a observar la dificultad en la limpieza de superficies dentales de difícil acceso; por último, el modelo de estudio debe emplearse para constituir un porta impresiones individual en el caso de que por una u otra razón se dificulte la toma de impresiones acostumbrada.

PLAN DE TRATAMIENTO

La construcción de un retenedor es una parte solamente, - de un tratamiento completo que abarque toda la boca, y - contribuya a la salud del paciente.

Un plan de tratamiento amplio solamente se puede establecer después de elaborar una historia clínica médica y dental completa, y de revisar los datos de la exploración - general de la boca, empleando todos los métodos que requiera el caso en particular.

El plan de tratamiento resultante puede caer en una o - varias de las siguientes clases:

1. Cirugía bucal
2. Periodoncia
3. Métodos conservadores, ortodoncia
4. Prótesis de coronas, o prótesis parciales o completas.

La construcción de una restauración se incluye normalmente al final del tratamiento, después de hacer las intervenciones quirúrgicas o y periodontales que sean necesarias. La prótesis precede casi siempre a la construcción de una dentadura parcial o completa, aunque en algunos casos se

tienen que hacer simultaneamente. En ciertas ocasiones; cuando hay que hacer coronas Jacket anteriores o cualquier otro tipo de prótesis, se tendrá que hacer primero que nada las fases quirúrgicas antes de la odontología operatoria que requiera el tratamiento, incluyendo los tallados oclusales que puedan ser necesarios.

Un deslizamiento hacia adelante hasta dos milímetros desde la relación céntrica hasta la oclusión céntrica, se puede considerar normal cuando no hay patología periodontal ni dientes con movilidad o móviles.

Los aspectos del plan de tratamiento y decisiones adicionales en general ya específicos para la construcción de un retenedor, son las siguientes:

TIPOS Y PREPARACION DE RETENEDORES

Existen actualmente varios tipos de retenedores que mencionaremos en seguida:

1. Corona tres cuartos anterior
2. Corona pindlege.

3. Corona total de porcelana o Jacket
4. Corona con muñón espiga
5. Corona de oro con frente estético (corona Veneer)
6. Preparación de coronas parciales en dientes anteriores con retención de rieleras.
7. Dientes con tratamiento de conductos.

CORONA TRES CUARTOS ANTERIOR

La corona tres cuartos anterior es aquella que cubre --- tres cuartas partes de la corona clínica de un diente -- abarca el borde incisal, cara distal, cara mesial y cara lingual o palatina.

Este tipo de restauraciones es indicada en preparaciones individuales o como retenedor de una prótesis. Esta corona en algunas ocasiones se prepara en dientes excentos de caries, ya que se obtiene una buena retención con un mínimo de desgaste en el tejido dentario y con esto es menor la exposición de la dentina.

CONTRAINDICACIONES

En coronas muy cortas, a menos que se tenga retención adicional por medio de pins.

DISEÑO DE LA PREPARACION.

1. Reducción del borde incisal con fresa o piedra de diamante cilíndrica de paredes inclinadas, haciendo un bisel de 45º aproximadamente con el eje mayor del diente.
2. Desgaste de la cara lingual, se hace desde el borde incisal hasta la cresta del cíngulo con fresa fusiforme, el espacio libre de los dientes antagonistas se comprueba.
3. La zona del cíngulo se desgasta con fresa cilíndrica de diamante de paredes inclinadas, hasta sobrepasar ligeramente el borde libre de la encía.
4. Las superficies proximales se desgastan con la misma fresa.
5. Con fresa de fisura de carburo se hacen las ranuras proximales, queda la retención y el patrón de inserción de la prótesis, en sentido paralelo al eje longitudinal del diente, éstas dos ranuras se unen por medio de una ranura incisal; se hace con fresa de cono invertido de carburo en la unión del tercio medio, con el tercio incisal de la corona.
6. Se terminan y se pulen las áreas y márgenes desgastados con discos de lija y fresa para pulir.

CORONA PINDLEGE

Este tipo de retenedores se usa en caninos e incisivos superiores. Ofrece buena estética ya que el metal no queda a la vista por vestibular al igual que las coronas, tres cuartos exige un mínimo de desgaste en su preparación, su retención está dada por tres pins que se colocan en la cara lingual ya perforada, ésta preparación se extiende, hasta las superficies proximales de la pieza para situar los márgenes en áreas inmunes y varía según el caso.

Esta preparación está indicada en dientes superiores o inferiores que estén libres de obturaciones y de caries.

DISEÑO DE LA PREPARACION

Esta es una preparación muy difícil, por lo tanto es necesario tener mucho cuidado en la cantidad de tejido dentario por desgastar, la cual debe de ser mínima porque un exceso de desgaste varían las posibilidades de éxito del retenedor.

1. Desgaste de las superficies con fresa fusiforme, aproximadamente 3 mm. se controla en espacio libre con cera calibrada, en relación con el antagonista.

2. Se desgastan las caras proximales y áreas del cingulo con fresa de diamante de punta de lápiz, respetando la pieza continua, desgastando lo menos posible para dar lugar a los pins que se perforarán en esas áreas.
3. Las crestas incisales se hacen con fresa de diamante - cilíndrica, aproximadamente 2 mm. por debajo del borde incisal, hasta obtener un escalón de 1 mm. de ancho.
4. Se hace la cresta cervical con la misma fresa en la -- parte más prominente del cingulo.
5. Las eminencias para la perforación de los pins se hace con una fresa cilíndrica, se penetra hasta la mitad de su longitud y se ensancha el área semicircular que se ha excavado.
6. Se pule la preparación y se pulen los ángulos.

CORONA TOTAL DE PORCELANA

La corona total de porcelana, también recibe el nombre de corona funda (Jacket Crown), son restauraciones totalmente de porcelana que cubre completamente la corona clínica.

Esta restauración está indicada en dientes anteriores tan-

to en superiores como en inferiores.

Esta contraindicada en dientes posteriores y en dientes -
con corona clinica corta.

DISEÑO DE LA PREPARACION

La preparación de éste tipo de coronas es muy similar al de una corona Venner, solo tiene una diferencia, el hombro -- vestibular se extiende hasta la cara lingual de la pieza - redondeandola por completo.

La corona de resina acrílica, en su preparación sería el - mismo diseño.

CORONA DE MUÑON Y ESPIGA.

Este tipo de retenedores se utilizan principalmente en --- dientes anteriores que hayan perdido gran parte de la corona, o en su totalidad y que hayan tenido un tratamiento en odontico.

Esta restauración está contraindicada en dientes que ten-

gan raíces énanas, ya que la longitud de la espiga debe -- ser por lo menos del tamaño de la corona, también está -- contraindicada en dientes con raíces demasiado curvas, por que el conducto debe ser recto.

DISEÑO DE LA PREPARACION

Una vez hecho el tratamiento:

1. Se eliminan los restos de la corona hasta separar la encía, la cual nos dará el contorno de la preparación.
2. Se talla el conducto con fresa cilíndrica, dando forma oval para evitar la rotación de la espiga.
3. Se bisela la entrada del conducto y se pule la -- preparación.

CORONA DE ORO CON FRENTE ESTETICO

(CORONA VENEER.)

Es una corona completa de oro colado con una porción vestibular de material estético que puede ser porcelana o re

sina acrílica, con tonalidades semejantes a la de los --
dientes contiguos naturales.

Esta restauración está indicada en todos los dientes ante-
riores por sus características estéticas, con frecuencia -
se usan en premolares y molares, solo cuando el paciente -
tiene interés que no se le vea metal en la boca.

DISEÑO DE LA CAVIDAD.

1. Desgaste del borde incisal con fresa en forma de rue-
da, se desgasta en sentido mesio-distal o viceversa, -
hasta que la corona pierda una quinta parte de ésta.
2. Se desgasta la cara vestibular de la pieza con una --
fresa de diamante cilíndrica de paredes inclinadas, --
manteniendo su eje en sentido paralelo al eje mayor --
del diente.

El desgaste de ésta cara deberá detenerse al nivel de
la encía e insinuando el contorno de la terminación --
gingival.

Esta desaparecerá en las caras proximales donde se de-
be de operar, teniendo cuidado de no lesionar el teji-

do gingival y el diente vecino.

3. El desgaste de las caras proximales se hace con una fresa de diamante larga y estrecha, teniendo cuidado de no lesionar al diente vecino, éste corte debe terminar próximo a la encía llegando hasta la superficie lingual o palatina.
4. Se hace el desgaste de la cara lingual con una punta de diamante fusiforme hasta rebajar 5 mm. o tanto como el diente antagonista.

El área del cíngulo se desgasta con una fresa de diamante en forma de punta de lápiz, colocada paralelamente al eje mayor del diente, haciendo la terminación gingival en el bisel, ligeramente por debajo de la encía.

5. Se pule la preparación y se redondean los ángulos con fresa de forma cilíndrica de carburo sin estrías, disco de diamante y lija, de acuerdo a la cantidad de material que haya que eliminar.
6. Se define el hombro en vestibular, con una fresa de otolengui hasta .5 a 1.0 por debajo de la encía con un espesor de 0.8 a 1.0 mm. por debajo.

PREPARACION DE CORONAS PARCIALES EN DIENTES
ANTERIORES CON RETENCION DE RIELERAS.

La retención de rieleras se usa cuando el diente tiene poca caries en los dientes pilares, como corona parcial. Se pueden hacer dos ó tres rieleras según sea el caso. Se hacen dos rieleras proximales cuando el borde incisal es muy delgado.

P R E P A R A C I O N

Se bisela el borde incisal desde el margen vestibular 45º con respecto al eje longitudinal del diente, con esto se consigue un borde incisal fuerte y el diente queda de suficiente espesor en el borde vestibular para evitar que se trasparente el oro en la zona incisal del diente, ésta se hace con una fresa de diamante troncocónica larga.

Se desvanece la cara lingual con una fresa de barril, con la fresa paralela a la línea de inserción del diente, igual se hace en las caras proximales.

Las rieleras incisales se hacen en la unión de los tercios medio y lingual del bicel incisal, su dirección se establece de acuerdo a la línea de inserción de la prótesis, esto

se hace con una fresa de carburo cilíndrica, la rielera -- debe de terminar en la parte cervical del diente. La terminación gingival se hace por debajo del margen gingival en forma de bisel y, se hace con una fresa larga troncocónica de diamante.

Se alisan los ángulos y se biselan.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN DIENTES CON POSTE METALICO.

INDICACIONES

1. En dientes desvitalizados
2. Cuando la corona clinica esta muy destruida
3. Reemplazar las coronas de incisivos, caninos, premolares y molares.
4. Como anclaje de una prótesis
5. Como restaurador individual.

CONTRAINDICACIONES

1. Cuando la raiz no se presta para recibir un poste metálico.
2. Raices enanas

DIENTES CON TRATAMIENTO DE CONDUCTOS

En dientes con tratamiento de conductos, que su corona clínica esta muy destruida debido a la caries, fracturas o traumas de oclusión, se pondría un poste o un retenedor intracoronal o espiga metálica, quedando una corona colada con muñón y poste metálico. Si todavía hay restos de la corona natural conviene conservarlos y se trata como si fuera tejido dentario cuando se hace la preparación para el muñón. Si en la corona clínica la encía cubre restos del diente, lo primero es eliminar todo el tejido hipertrofiado con bisturí.

PREPARACION PARA DIENTES CON POSTE METALICO.

Ya terminado y obturado el o los conductos, se prosigue con la preparación para el poste metálico.

La fresa larga troncocónica de diamante, la compararemos con el conducto en nuestra radiografía, de tal modo que al introducir la fresa en el conducto, quede obturado solo una tercera parte de la raíz. Es aconsejable hacerlo de un solo intento para evitar pasarse o deformar la su--

perficie interna del conducto.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN
DIENTES CON POSTE METALICO.

INDICACIONES.

1. En dientes desvitalizados
2. Cuando la corona clinica está muy destruida.
3. Reemplazar las coronas de incisivos, caninos, premolares y molares.
4. Como anclaje de una prótesis.
5. Como restaurador individual.

CONTRAINDICACIONES

- 1. Cuando la raíz no se presta para recibir un poste metálico.
2. Raíces enanas.
3. En enfermedades parodontales.

TOMA DE IMPRESION PARA DIENTES CON TRATAMIENTOS DE
CONDUCTOS

Esta impresión puede tomarse con el material de elección del odontólogo (silicón cuerpo pesado, silicón ligero), - pero la técnica más ligera es con silicón de cuerpo pesado por su fácil manipulación: se prepara el silicón ya - previamente secado el conducto o los conductos, al límite de la encía; con el mismo material se puede construir en - éste mismo momento un muñón con la anatomía respectiva a - ese diente. Un poco antes de que éste material polimerice se le va a hacer una muesca para que nos sirva de guía, - para cuando coloquemos el silicón de cuerpo ligero. Ya - polimerizado se retira de la boca, se le coloca el recti- ficador (silicón de cuerpo ligero) y con la muesca que habíamos hecho anteriormente nos guiamos para colocarlo - en el mismo lugar y posición. Ya bien polimerizado se re tiran, se lavan y se corre en yeso velmix.

PROVISIONALES

Este tipo de tratamiento provisional es tema de forma amplia que no vamos a tratar aquí, por lo que sólo mencionare--

mos que conserva el espacio desdentado entre pilar y pilar.

MÉTODOS PARA LA ELABORACION DE PROVISIONALES

Es conveniente que el Cirujano Dentista tenga en el consultorio una serie variada en forma, tamaño, color de coronitas prefabricadas de policarbonato o de otras resinas acrílicas. Estas restauraciones requieren sólomente ser aceptadas a -- cada caso clínico, en especial de la siguiente manera: se -- selecciona la corona ideal, tomando en cuenta la forma, el -- tamaño, y el color del diente, comparando ya sea directa -- mente con el paciente, o bien mediante un modelo de es -- tudio; (algunas veces el paciente no se presenta para que realizemos trabajos de tiempo prolongados y entonces o -- cuparemos sus modelos de estudio y modelos de trabajo), la corona deberá tener el borde incisal a la misma distancia -- mesio distal que el borde incisal del paciente, no importán -- donos demasiado si la longitud es mayor, pues se recorta, o si es más corta, se puede agregar resina.

Una vez preparado el muñón se adapta la corona elegida , -- biselando los ángulos cortantes; y se cementa con óxido de -- zinc y eugenol.

NOTA: Para seleccionar el color indicado de las coronas prefabricadas contamos con el colorímetro.

Otro método sería mandando a elaborar al técnico dental las coronas de la siguiente manera:

1. En la cita previa a la preparación del muñón, se toma una impresión con alginato, se corre en yeso y se manda al laboratorio anotando el número del color del --- diente.
2. En el laboratorio, el técnico rebaja como si estuviera efectuando el muñón, pero siempre lo hará un poco más grande para evitarnos complicaciones en el ajuste, ya que de lo contrario causaría molestias al paciente.
3. En la cita en la que hagamos el muñón, ya tendremos la corona prefabricada.
4. La adaptamos al muñón y la cementamos con óxido de zinc y eugenol.

TECNICAS PARA LA CONSTRUCCION DE PROVISIONALES

METODO DIRECTO:

Se toma la impresión con hidrocoloide irreversible (algi nato), tal como llega el paciente al consultorio. Se deja esta impresión en un ambiente húmedo (envuelta en una toalla humedecida).

Se efectúa la preparación (muñón) en el diente.

Se seca la impresión

Se prepara el acrílico autopolimerizable del color del diente en un godete y cuando está a punto de hebra, se introduce en la huella que dejó el diente en la impresión antes de ser preparado.

Se lubrica el muñón con separador hasta los tejidos blandos.

Se lleva la impresión que contiene el acrílico a la boca del paciente y se presiona en posición.

Antes de la reacción térmica, se debe retirar la impresión.

Una vez polimerizado el acrílico, se recorta y se adapta al diente en cuestión.

Se pule un polvo de piedra pómez o blanco de españa, y se cementa con óxido de zinc y eugenol.

NOTA: Este método se debe usar con las reservas del caso,

ya que se puede producir irritación pulpar y molestias generales al paciente .

METODO INDIRECTO:

En caso que el diente a preparar esté semidestruido:

Se restaura el diente en el paciente con cera rosa y se prosigue efectuando todos los pasos antes descritos.

Se toma una impresión con alginato tal como llega el paciente.

Se corre en yeso para elaborar un modelo de trabajo y se prosigue efectuando todos los pasos antes mencionados del método Directo, según sea el caso, pero sobre el modelo de trabajo; es decir, que al paciente sólo se le tomarán impresiones y se le colocará finalmente la corona terminada.

El método que se emplea con mayor frecuencia es el de la retracción gingival; es decir, la separación provocada en la encía que rodea al diente.

Para llevar a cabo ésta retracción veremos dos de las formas más comunes.

SEPARACION MECANICA DEL TEJIDO: Se efectúa a base de apósito compuesto esencialmente de óxido de zinc y eugenolmezclado con fibras de algodón. Una vez preparada esta pasta, se adelgaza a manera de tira y se coloca en la hendidura gingival con una sonda, pinzas de curación o explorador.

Se puede cubrir ésta pasta para mantenerla en su sitio, con curación temporal, éste apósito se deja por lo menos 24 horas en esa posición y al retirarlo el tejido se habrá separado lo suficiente del diente para obtener un buen acceso a la terminación cervical de la preparación.

SEPARACION FISIOLOGICA: Consiste en colocar cuidadosamente en el surco gingival alrededor de los dientes que se han preparado, un hilo impregnado con un vasoconstrictor.

CLASIFICACION DE MATERIALES DE IMPRESION

Hay varios materiales excelentes para tomar impresiones para prótesis parciales que ofrecen buenos resultados si se manejan correctamente, los materiales elásticos de impresión se usan casi siempre para este propósito, aunque en el pasado solía usarse yeso paris o modelina; ésta última para impresiones parciales. Los materiales elásticos comprenden hidrocoloides irreversible como alginato, cauchos de mercaptanos y de silicón, cada uno tiene sus ventajas y desventajas. Por su combinación única de propiedades físicas, el hidrocoloides irreversibles más conocidos en Odontología es el Alginato y el de mayor uso en prótesis parciales. Sin embargo pueden emplearse para este fin otros materiales elásticos que manejados en forma adecuada ofrecen magníficos resultados.

Al determinar el uso de un material dental para una finalidad en especial, es obvio que no puede esperarse un resultado óptimo, si no se maneja conforme a las instrucciones del fabricante. Cada material está elaborado de tal manera que su combinación es única y posee propiedades físicas particulares que lo hacen capaz de llevar a cabo-

una labor clínica específica si se maneja correctamente. Por ello, para obtener mayor ventaja en el uso de algunos de los materiales que se mencionan, es necesario familiarizarse con las propiedades del grupo al que pertenece; - además de tener conocimiento profundo de las instrucciones del fabricante para manejarlo, se deben de conocer -- los factores que puedan alterar el producto, y adaptarse en forma estricta a la técnica que garantice mayor control de cada variante.

Cada uno de los materiales elásticos de impresión posee - propiedades físicas que lo indican para un procedimiento clínico en especial.

Si se conocen a fondo las propiedades de cada uno de los materiales elásticos, se puede elegir el que mejor convenga a una tarea determinada.

HIDROCOLOIDES REVERSIBLE

(AGAR)

El hidrocólido agar, se clasifica como reversible, lo - cual significa que al calentarse se convierte en un lí -

quido viscoso y al enfriarse es un gel elástico; proceso que puede repetirse infinidad de veces sin cambiar el material. Constituye un medio excelente de impresión y su capacidad para reproducir detalles es también excelente. La impresión tipo agar puede guardarse por más de una hora, sin que existan cambios de dimensiones, siempre que se conserve en medio húmedo (puede envolverse en una toalla húmeda).

Aunque las impresiones con agar pueden tomarse sin porta-impresiones, enfriando con agua, el procedimiento es extremadamente laborioso, la preparación del material antes de usarlo, requiere un baño con agua y su manipulación -- exige mayor destreza que cualquier otro material elástico de impresión. Además el calor del material puede estimular la secreción de las glándulas palatinas, lo que se considera una desventaja. Aunque es necesario tomar en cuenta las ventajas de los hidrocoloides, vale analizar -- si esta justificado su difícil manejo. Usado en forma -- adecuada, brindará un modelo de trabajo muy preciso en -- sus dimensiones.

MATERIALES DE IMPRESION SIN BASE DE CAUCHO

En los años recientes se han extendido el uso de dos clases de impresiones de caucho sintético, el mercaptano y el silicón aceptados ampliamente en la actualidad.

Su empleo se extiende a la Odontología restaurativa para elaborar incrustaciones, coronas y puentes; una de nuestras razones entre otras, su amplia aceptación en este aspecto de la prostodoncia, es que constituye uno de los primeros materiales elásticos de impresión en los que puede elaborarse un dado de metal.

La exactitud dimensional de ambos tipos es excelente, aunque sean más eficaces que el alginato y el agar para la construcción de prótesis parciales. Sin embargo, la capacidad de los cauchos para reproducir detalles es insuperable aún en comparación con el alginato o el agar.

Otras de las ventajas de los cauchos es que al correr la impresión en yeso, la superficie de éste es más suave y densa que el hidrocólides; además el caucho de mercaptanos puede esperar mayor tiempo para correrse en yeso que el Hidrocólode, sin embargo no sucede lo mismo con el

silicón, el cual debe de correrse en yeso lo antes posible, al igual que los hidrocoloides.

Ambos materiales de caucho requieren un volumen determinado para la impresión, de modo que su grosor no sea mayor - de 2 a 4 mm., para garantizar sus dimensiones excelentes - éste hecho obliga a emplear un portaimpresiones individual lo cuál implica una cita más, así como dos procesos de -- impresión.

HIDROCOLOIDES IRREVERSIBLES

Para prótesis parcial removible: Amplio uso en portaimpresiones usuales o individuales para tomar impresiones.

Para prótesis completa: Como impresión correctora, como material de impresiones para prótesis inmediata.

En coronas y prótesis: Impresión de arcada completa.

Presentación: Unidades simples de polvo o en presentación - tamaño grande de 24 unidades, Ejemplo: Super Gel, puede - emplearse para duplicar modelos en laboratorio.

BASE DE CAUCHO DE MERCAPTANOS

En prótesis parcial removible: Impresiones en porta impresiones individual.

En prótesis completa: Para impresiones correctoras.

En coronas y Puentes: Impresiones en arcadas completas -- (de mayor uso).

Presentación: Tubo, base y catalizador. Ejemplo: Plastosil requiere adhesivo para las impresiones en una capa no más gruesa de 2 a 4 mm.

Material para Tratamiento Tisular.

En prótesis parcial removible: Impresiones para rebase.

En prótesis completa: Impresiones para rebase

Presentación: Polvo, líquido, soft-tone; Hydrocast, se usa principalmente para acondicionar tejidos mucosos inflamados o hiperplásicos.

MATERIALES DE IMPRESION

MODELINA

Se usa para prótesis parcial removible: para rectificar - bordes de impresiones fisiológicas.

Prótesis completa. Para colocar en los bordes de los por
taimpresiones.

Para Coronas y Puentes : Impresiones individuales de pre
paración de coronas o incrustaciones.

Presentación: Barroso Tabletas; existen de tres tipos de-
alta, de baja y de media fusión.

YESO DE PARIS

Se utiliza en prótesis parcial removible: Registro de mor
dida, impresión parcial (actualmente en desuso).

Para prótesis total: Para registro de mordida, como co--
rrector para impresiones de registro.

En coronas y puentes: Impresión de puentes.

Presentación : Polvo para mezclar con agua, Ejemplo:

Plastigum, requiere de un separador para correr el modelo.

PASTA ZINQUENOLICA

En prótesis parcial removible: Registro de mordida, mate-
rial de impresión para rebase.

En prótesis total: Registro de mordida, como impresión co-
rrectora, impresión para rebase.

En coronas y puentes: Registro de mordida

.Presentación: Base y catalizador en tubos

Ejemplo: Cos-trans. Optow no requiere separador.

CERA DE IMPRESION

En prótesis parcial removible: Impresión fisiológica, impresiones para rebase.

En prótesis total: Impresiones correctoras y para rebase.

Presentación: Hojas (también en trozos)

HIDROCOLOIDES REVERSIBLES (AGAR)

En prótesis parcial removible:

Para impresiones total: Tiene uso poco frecuente.

Coronas y puentes: Impresiones de arcada completa

Presentación: Viene en tubos y en trozos.

Ejemplo: Surgident, tiene amplio uso para duplicar modelos en laboratorios.

TOMA DE IMPRESION

La impresión para retenedor puede ser una experiencia desagradable para el paciente si no se lleva a cabo con delicadeza.

deza y habilidad.

El dentista que adquiere un conocimiento profundo del material de impresión que emplea y que sigue una técnica adecuada a sus propiedades físicas, puede evitar esas molestias, además de esto permite mejores resultados.

La colocación adecuada del paciente es requisito indispensable para obtener una buena impresión. Debe sentarse cómodamente con la cabeza sostenida firmemente por el cabezal, y el plano de oclusión debe estar paralelo al piso.

La saliva puede constituir un obstáculo para obtener una impresión exacta, si es excesiva, puede formar burbujas o vacíos, si es rica en mucina, oculta los detalles obstruyendo repliegues surcos, declives de modo que la impresión no los registra.

Con respecto al portaimpresiones adecuado debe quedar perfectamente en la boca; los bordes se deben dejar a una distancia de 6 mm. entre éstos y los dientes. Para mejor ajuste de éstos podemos colocar cera suave en la periferia, la cera resulta más cómoda para el paciente y brinda un tope vestibular que disminuye la posibilidad de que el borde del portaimpresiones atraviere el alginato al colocarlo

sobre los dientes; también cuando no se adapta en las áreas bucales se modifica para su mejor ajuste. Al colocar el material dentro del portaimpresiones, éste debe encontrarse completamente seco. El alginato se lleva con la espátula al portaimpresiones esparciéndola desde el fondo hasta los lados, para eliminar el aire y forzar al material dentro de las perforaciones o dentro de las retenciones, el alginato carece de propiedades de adhesión y, por eso es necesario introducirlo en las retenciones. Es también importante sacar una impresión del antagonista para que al hacer los modelos de estudio tengamos mejor resultado.

RELACIONES OCLUSALES

De todos los procedimientos de una prótesis fija el desarrollo de relaciones oclusales armónicas es el más difícil, y un número considerable de estas prótesis fracasan por mala relación oclusal.

Nuestro propósito será ligar los conceptos básicos de la oclusión con los procedimientos clínicos de construcción de una prótesis fija, como hay una gran variedad de técni-

Cas en uso aceptables, y los procedimientos clínicos específicos los utilizaremos sólo para ilustrar conceptos.

OCLUSION DEL PACIENTE

Si se quiere que la prótesis quede en armonía con la oclusión del paciente, es lógico empezar por examinar la oclusión; lo importante de esto es la relación de los dientes superiores e inferiores durante los movimientos fundamentales de la masticación y de incisión, es difícil estudiar la oclusión de la masticación; se le pide al paciente que mastique cera u lo que sea, y se hace nota de la manera que se lleva a cabo la acción de la masticación. La oclusión se puede examinar en la relación estática de oclusión céntrica y se anota cualquier relación anormal. También se puede examinar la oclusión guiando al paciente en ciertos movimientos llamados movimientos diagnósticos, e incluye muchas de las direcciones funcionales de movimiento; como el paciente no se encuentra masticando durante estos movimientos se puede detener en posición escogida cuantas veces sea necesario (no son movimientos funcionales) solo demuestran la relación potencial de los dientes, que puede ser que nunca tenga contacto real durante la masticación, estos movi-

mientos son: protusión, excursión lateral derecho e izquierdo y retrusión.

Los movimientos retrusivos y protrusivos incluyen la dirección de la incisión funcional; la excursión lateral izquierda incluye las direcciones funcionales de masticación en el lado izquierdo de la boca; la excursión lateral derecha incluye las direcciones funcionales de masticación en el lado derecho. Cuando se protruye la mandíbula, los incisivos laterales se desplazan hacia abajo sobre las superficies linguales de los incisivos superiores, hasta que se alcanza una relación borde a borde. En la dentición normal ninguno de los dientes posteriores deben de hacer contacto durante este movimiento.

En la construcción de una prótesis anterior, el desplazamiento protrusivo determina el contorno lingual de los retenedores de las piezas intermedias; es importante reducir este movimiento en los modelos de trabajo para que la prótesis quede efectuando una función adecuada.

Retrusión: Si se sostiene suavemente la mandíbula del pa--

ciente entre el pulgar y el índice, con la uña del pulgar en contacto con el borde de los incisivos inferiores y el índice doblado bajo la mandíbula, se puede abrir y cerrar; los incisivos superiores tocarán la uña del pulgar, de esta manera, se evita la acción directriz de los planos inclinados de los dientes; éste deslizamiento hacia adelante se produce cuando los planos inclinados distales de los dientes inferiores se deslizan sobre los planos inclinados mesiales de los dientes superiores, la posición retrusiva de la mandíbula produce una relación entre el maxilar superior y la mandíbula determinada por la articulación temporomandibular, en la cuál, no interviene la guía de los dientes, a esto se le conoce como relación céntrica, la cuál se puede registrar.

La relación céntrica y la oclusión céntrica son muy importantes en la odontología restauradora.

EXCURSION LATERAL

Cuando la mandíbula se mueve en excursión lateral izquierda los dientes se separan unos de otros, movimiento produ-

cido por las cúspides vestibulares inferiores al deslizarse sobre los planos inclinados de las cúspides vestibulares superiores. A medida que continúa la excursión lateral van quedando menos dientes en contacto, hasta que cuando las -- cúspides vestibulares superiores e inferiores quedan alineadas verticalmente, solamente el canino superior puede quedar en contacto con los dientes inferiores.

Se considera que el canino juega un papel importante en la dirección neuromuscular de los movimientos excursivos laterales; sin embargo, en algunas ocasiones otros dientes como los bicúspides y molares pueden quedar en contacto durante los movimientos de lateralidad, la excursión lateral izquierda demuestra la relación de trabajo de los dientes en el lado izquierdo, cuando se mastica de ese lado si se repite la excursión lateral izquierda y se examinan las relaciones de los dientes en el lado derecho; durante el movimiento hacia la izquierda se observará que se separan muy pronto en el movimiento lateral y en la posición lateral previamente decidida, no habrá contacto entre los dientes superiores e inferiores; ésto demuestra las relaciones de los dientes en el lado de balance cuando se mastica alimentos en el lado -

izquierdo de la boca.

En la excursión lateral derecha se observa algo similar, só lo que las relaciones de los dientes no serán idénticas - al otro lado y los dientes en contacto en posición terminal sean diferentes si se examinan el lado izquierdo, durante la excursión lateral derecha, se observan las relaciones de los dientes en el lado de balance durante la masticación en el lado derecho de la boca.

PRUEBA DE METALES

Antes de la cementación de una prótesis es necesario revisar su adaptación a los contornos gingivales y a la mucosa - con esto se evitan problemas que pueden hacer fracasar la prótesis y tener que repetirla.

Se retiran la o las prótesis provisionales, se limpian perfectamente las preparaciones que queden libres de restos de cemento utilizado en la fijación de los provisionales, luego se lleva la prótesis a la boca y examinaremos .

Ajuste de Retenedores: En ocasiones es necesario retocar los puntos de contacto interproximales que a veces dificul-
tan la entrada de la prótesis al punto normal; esto se ve-
rifica mediante un hilo dental el cual se hace pasar por -
el punto de contacto, debiendo pasar en igual forma que en
otras áreas de contacto.

Otro de los puntos es el contorno de los retenedores; colo-
cando la prótesis se hace presión indicando al paciente --
muerda algún objeto; se revisa el grado de adaptación reco-
rriendo toda el área cervical en busca de defectos en el -
sellado, en caso de existir alguno se talla hasta lograr -
un sellado perfecto, en ocasiones al presionar la prótesis
aparecen zonas izquémicas en el tejido gingival debido a -
que el contorno de la prótesis sobrepasa el tejido denta-
rio y presiona el tejido gingival, se corrige tallando es-
ta región.

Debe de examinarse también su relación oclusal, modificán-
dola si fuera necesario mediante desgaste.

Los contornos de las piezas intermedias se examinan en re-
lación a los dientes contiguos para observar la funcionalidad

dad y su estética.

Hay ocasiones en que la prótesis no entra aunque los puntos de contacto proximales estén correctos, esto se debe a que la pieza modificó su posición original.

PRUEBA DEL BIZCOCHO (PORCELANA)

Una vez obtenida la prueba de los metales, se mandará al laboratorio y se obtendrá la prueba del bizcocho. Esta prueba se realiza cuando el diente ya está de color normal o sea el más parecido al del paciente.

El retenedor se colocará en la boca del paciente y se verá si queda colocado correctamente, si ajusta bien, si hay buena oclusión, etc., en caso de que exista algún excedente se eliminará con sumo cuidado ya que la porcelana requiere de un cuidado especial. Después de esto se procederá al glaseado.

CEMENTACION

Antes de proceder a la cementación definitiva, se termina--

rán todas las pruebas y ajuste de la prótesis, y se hace el pulido final, la prueba final de oclusión suele hacerse más o menos una semana después del cementado definitivo, - ésta operación se facilita grabando la superficie oclusal de la prótesis pulida, antes de proceder a la cementación definitiva, los factores son:

1. Control del dolor
2. Preparación de la boca y del campo operatorio
3. Socabado de la preparación
4. Preparación del Cemento
5. Ajuste de la corona
6. Remoción del exceso de cemento
7. Incrustaciones al paciente.

CONTROL DEL DOLOR

Cuando colocamos una prótesis definitiva en alguna ocasión se acompaña de dolor considerable y en muchos casos hay -- que usar la anestesia local; durante el proceso de la cemen tación se habrá advertido de la sensibilidad de los dientes, lo mismo que las reacciones del paciente a las operaciones

clínicas que se están efectuando.

Lo más importante de esto es que hay que recordar que el control del dolor no reduce la respuesta de la pulpa a los distintos irritantes y por eso hay que tener cuidado ante los factores que afectan la salud de la pulpa.

PREPARACION DE LA BOCA

El objeto de la preparación de la boca es el conseguir y mantener un campo seco durante el proceso de la cementación. A los pacientes con saliva muy viscosa se hace enjuagar la boca con bicarbonato de sodio antes de hacer la preparación de la boca, la zona donde va a ir la prótesis se aísla con rollos de algodón, sujetos en posición con cualquier grapa destinada a este fin. Se coloca el eyector en la boca, se comprueba que su funcionamiento sea correcto, en general se hará un secado total en la boca.

MEZCLA DEL CEMENTO

La técnica exacta de mezclar el cemento varía con los diferentes productos y de un operador a otro. Lo importante de esto es usar un procedimiento estándar en donde se puede

controlar la preparación de polvo y líquido y el tiempo requerido para esto.

Si se siguen las indicaciones del medicamento, el operador se sentirá familiarizado con el medicamento y se le hará más fácil su manipulación.

REMOCION DEL CEMENTO

Cuando el cemento ha solidificado se retira el exceso. Hay que prestar atención en retirar todo exceso de las zonas proximales y gingivales y surcos a la vez, porque son causa de reacción inflamatoria. Los excesos grandes se -- pueden mover con escavadores. La hendidura gingival se explora cuidadosamente con sondas apropiadas, se pasa el hilo dental por las regiones interproximales, el hilo también se pasa por debajo de las piezas intermedias, cuando se -- han quitado todas las partículas de cemento se procede a -- checar la oclusión.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

Tendremos gran cuidado de orientarle cuál es la mejor técnica de cepillado satisfactoria, para cada caso con el fin

de que ya hecha la restauración tenga una mejor funcionalidad, estética y comodidad. También se le tiene que advertir que en los primeros días tendrá que adaptarse y --- acostumbrarse a la presión funcional.

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

El éxito de una prótesis depende de los conocimientos que el Cirujano Dentista tenga sobre los requisitos para la -- construcción, ya que la elaboración de ésta requiere de -- la conjugación de varias ramas de la Odontología.

De gran importancia es la valorización del estado general-- del paciente, así como el de los tejidos bucales.

Las técnicas y los materiales de impresión deben ser domi-- nados por el Cirujano Dentista, pues de él depende la exac-- titud de los modelos de cualquier zona de la boca, sobre -- el que se construirá la prótesis.

La protección de las piezas pilares es necesaria para evi-- tar trastornos posteriores que harían fracasar la próte-- sis.

La obtención de los registros oclusales para la restitución de la relación de oclusión no debe pasar inadvertida.

Las indicaciones al paciente de los cuidados necesarios -- que deben tener para el aparato protésico evitará proble-- mas posteriores.

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

- TESIS DE CORONAS Y PUENTES Dr. George E. Myers.
Editorial Labor,S.A.
- RATORIA DENTAL Dr. Ovaldo A. Ritacco
Editorial Buenos Aires
- ETICA MODERNA DE PROTESIS John F. Johnnton
Editorial Buenos Aires
Argentina.
- ODOS CLINICOS DE REHABILITACION
AL Ripol G. Carlos
Editorial Internamericana
S.A.
- STODONCIA PARCIAL FIJA Editorial Médica Panamerii
cana Vol. 1 No. 3 Buenos
Aires Argentina.
- TESIS PARCIAL Ernest. L. Miller.
Editorial Interamericana.