

17/ 328

Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PREPARACION DE CORONAS
TOTALES EN POSTERIORES

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

MARIA DEL CARMEN FLORES SANDOVAL

1981



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.

DEFINICION.

I N D I C E

INTRODUCCION

DEFINICION

CAPITULO I SISTEMA MASTICATORIO

CAPITULO II CORONAS TOTALES

a) Indicaciones

b) Contraindicaciones

CAPITULO III DIAGNOSTICO.

a) Historia clinica

b) Examen bucal

c) Examen radiografico

d) Modelos de estudio

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

CAPITULO IV DISEÑO Y PREPARACION

CAPITULO V PROTECCION TEMPORAL BASE INTERMEDIA

PRUEBA DE METAL Y CEMENTACION.

CAPITULO VI TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

En el presente trabajo desarrollo el tema que --
lleva por titulo " Preparación de coronas enteras totales" --

Con el proposito de señalar las indicaciones en --
cada uno de los pasos para la elaboración de la misma. Esta --
preparación se utiliza como restauración, bien sea individual --
o como pilar ó anclaje de puente; enumero los pasos que deben --
seguirse en la preparación de la corona dando especial importan --
cia a cada uno de ellos.

Debemos tener en cuenta que para elaborar cualquier --
restauración u obturación dentaria en la cavidad oral es neces --
ario que para tener exito en cualquier tratamiento a realizar --
se debe hacer una buena historia clínica, para poder obtener --
un buen diagnostico y pronóstico, ya que los mismos son utiles --
para la valoración de determinado tipo de restauración que se --
vaya a utilizar.

Ahora bien menciono los elementos constitutivos --
del sistema masticatorio ya que considero que el conocimiento --
del mismo en su estado optimo de salud es importante para obser --
var cualquier desviación de lo normal en el paciente y asi ta --
ner exito en los tratamientos que competen al odontologo.

Por ejemplo: al determinar un tratamiento con --
una restauración de corona entera total bien sea de oro o veneer --
es necesario valorar el estado general del aparato masticador --
entendiendo por este el periodonto, los dientes, la relación de --
las arcadas superior e inferior, los musculos masticadores, la

articulación temporomandibular, las glándulas salivales, etc..

Conociendo el estado de salud de ellos podemos de terminar con ya mencionado anteriormente cualquier tratamiento - protésico aunado a otras especialidades odontológicas (parod on ci a, operatorio dental, endodoncia etc.).

DEFINICION DE CORONAS ENTERAS

Protesis de coronas y puentes.- Es el arte o la ciencia de la restauración de un único diente o del remplazo de uno o más dientes mediante la instalación de un aparato parcial no removible.

Un puente.- es una prótesis no removible o una prótesis parcial fija, rigidamente unida a uno o más dientes - pilares que remplazan a uno o más dientes perdidos o ausentes.-

Un puente se divide en cuatro componentes:

1.- El pilar es el diente natural o raíz a los que se fija la prótesis y que provee el soporte.

2.- El anclaje, es la restauración que reconstruye el diente pilar tallado, mediante el cual el puente se fija a los pilares y a los cuales se conectan los dientes artificiales.

3.- El tramo, remplaza a los dientes perdidos estetica y funcionalmente, ocupa el espacio de los dientes naturales ausentes.

4.- Conector, es la parte del puente que une el anclaje con el tramo o las unidades individuales del puente, puede ser rigida una union soldada o no rigida como el apoyo -- suboclusal y oclusal en forma de cola de milano.

Las restauraciones dentales y la salud periodontal estan relacionadas de manera inseparable, la salud periodontal es necesaria para el funcionamiento de las restauraciones y la estimulación funcional que proporcionan las mismas, es esencial para la conservación del periodonto.

Se restauran cúspides y fosas, dientes enteros y grupos de dientes con la finalidad de restablecer la función.

La palabra restauradora en Odontología se refiere fundamentalmente al restablecimiento de la oclusión no solo de los dientes que se restauran y sus antagonistas sino también -- del resto de la dentadura.

Por ello restauraciones son parte del tratamiento periodontal como lo son el raspaje y el curetaje y los procedimientos quirúrgicos.

CAPITULO I

SISTEMA MASTICATORIO.

ELEMENTOS DEL APARATO MASTICATORIO.

Siendo tan amplio y complejo el tema relacionado con la función del aparato masticador y dando por conocida la anatomía normal del mismo, solo intentare aqui un ligero recordatorio de sus elementos que más directamente interesan al enfoque protético.

El aparato masticador se ha desarrollado como respuesta a demandas funcionales específicas, siendo éste una unidad funcional formada por: dientes, maxilar, mandíbula, articulación temporomandibular, periodonto, músculos masticadores, -- músculos de los labios, lengua, vasos y nervios correspondientes a estos tejidos y glándulas.

Anatomía del Maxilar Superior.

El maxilar superior consta de dos porciones de dos maxilares, su forma se aproxima a la cuadrangular y consta de dos caras una interna y otra externa y cuatro bordes.

Se encuentra integrado por los huesos del esqueleto de la parte media de la cara, esta sólidamente unida a la base del cráneo mediante paredes y trabas óseas que dan solidez al conjunto, prestan inserción fija a músculos y ligamentos, -- protegen los organos que contienen y arman la fisonomia. Se considera al proceso alveolar superior unido al craneo mediante tres pares de solidas columnas, reforzada por varios arcos y trabas secundarias.



Mandíbula.

Consta de un cuerpo incurvado en forma de herradura y dos ramas. La mandíbula solo articula directamente con el maxilar por intermedio de los arcos dentarios, e indirectamente por medio de las articulaciones temporomandibulares, ubicadas en la base del cráneo.

Cuerpo.- Por la cara anterior presenta en la parte media la sinfisis mentoniana y más abajo la eminencia mentoniana hacia atrás se encuentra el agujero mentoniano por donde salen los vasos y nervios mentonianos más atrás se observa la línea oblicua externa, donde se insertan los músculos: triangular de los labios, cutáneo y cuadrado de la barba.

En la cara posterior, se encuentran cerca de la línea media las apófisis geni, dos superiores que sirven de inserción a los músculos genioglosos y dos inferiores donde se insertan los genihioides más atrás nos encontramos con la línea oblicua interna o milohioidea donde se inserta el músculo del mismo nombre, por encima de esta línea se encuentra la fosa submaxilar que sirve de alojamiento a la glándula del mismo nombre.

En el borde inferior se presentan las fosetas digástricas lugar donde se inserta el músculo digástrico.

En el borde superior, presenta los alveolos dentarios.

Dientes.

Durante el proceso de evolución del organismo humano aparecen dos denticiones que son: primera dentición que consta de veinte pequeños dientes y la segunda dentición en la cual encontramos treinta y dos dientes.

Diente.- Es un organo de color marfil, de consistencia dura de especial constitución tisular, de forma y tamaño variados que con ayuda de otros organos y dentro de la cavidad oral forma el aparato masticador.

El diente esta formado de las siguientes sustancias: esmalte, dentina, y pulpa dentaria y consta o se divide en corona, cuello y raiz.

La función de los dientes es ayudar a tener una buena asimilación y digestión, mantener el espacio en los arcos dentarios para piezas permanentes; estimulación en el crecimiento y desarrollo del maxilar y la mandíbula mediante la masticación juega un papel importante en la fonación y la estetica.

La importancia de los dientes no solamente se refiere a la relación que existe de forma, posición, estructuras y función de cada diente sino que tambien incluye las relaciones de los elementos del sistema que actuan en conjunto.

Periodonto.

Periodonto es el tejido de protección y sosten del diente y se compone de encia y ligamento periodontal, cemento y

hueso alveolar.

Encía..- Es aquella parte de la membrana mucosa -- bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

La encía se divide en: encía marginal, encía insertada, encía interdientaria.

La encía en un individuo sano y normal es de color uniforme, rosado pálido, no brillante, de fuerte consistencia - y con un poder efectivo de recuperación.

Ligamento pariodontal..- Es la estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz y une al hueso y se comunica - con los espacios medulares a través de canales vasculares del - hueso. Las funciones del ligamento son : físicas, formativas, nutricionales, sensoriales,

El ligamento resiste el impacto de las fuerzas -- oclusales, mantiene los tejidos gingivales en sus relaciones - adecuadas con los dientes, participa en la formación y reabsorción de cemento y hueso que se produce durante los movimientos fisiológicos del diente en la adaptación del periodonto a las - fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones.

Cemento..- Es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica. Hay dos tipos - de cemento: acelular (primario), y celular (secundario).

Existen tres clases de relaciones del cemento que son:

- a) cemento que cubre el esmalte en 60 a 65 %.
- b) relación borde con borde del esmalte y cemento.
- c) espacio entre el cemento y el esmalte.

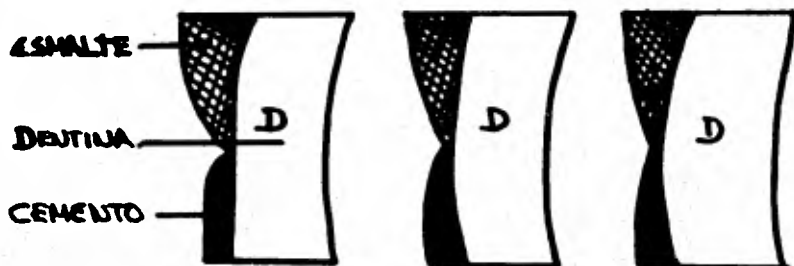
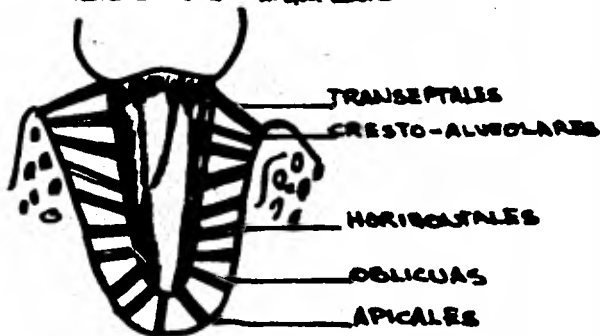
Estos tipos de unión se les conoce como : Unión - Amelocementaria.

Hueso alveolar.- El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios se compone de: pared interna del alveolo, del hueso alveolar propiamente dicho, el hueso de sosten que consiste en trabeculas reticulares (hueso esponjoso) y las tablas vestibular y palatina del hueso compacto.

Cuando se ejerce una fuerza oclusal sobre un diente a través del bolo alimenticio o por contacto con su antagonista suceden varias cosas, según sea: la dirección, intensidad y duración de la fuerza. El diente se desplaza hacia el ligamento periodontal periodontal resilente en el cual crea áreas de tensión y compresión, la pared vestibular del alveolo y la lingual se elevan en dirección de la fuerza, cuando se libera la fuerza del diente, ligamento y hueso vuelven a su posición.



TIERAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.



Músculos Masticadores.- Los músculos masticadores son: Temporal, Masetero, Pterigoideo Externo, Pterigoideo Interno y Digástrico. Estos músculos participan en las posiciones y movimientos de la mandíbula. Los músculos accionan la articulación temporomandibular esta misma se considera fundamental para comprender los movimientos mandibulares que permiten los ligamentos o la capsula de la misma articulación.

Describir únicamente las funciones principales - de cada musculo.

Abertura mandibular.- Este movimiento de abertura es todo aquel que aleja el arco inferior del superior, parte de la posición intercuspidea y se realiza por la actividad inicial y sostenida de los músculos pterigoideos externos, continua su actividad de movimiento para aproximarse a su culminación mediante la intervención de las posiciones anteriores de los digástricos.

Durante el movimiento de abertura combinada con protrusión, existe actividad de los músculos pterigoideos internos y externos, maseteros y temporales.

Cierre mandibular.- Este movimiento se efectua de la posición postural de descanso habitual a la posición intercuspidea, actuando los músculos pterigoideos internos, temporales y maseteros para la elevación mandibular.

Cuando el movimiento de cierre mandibular se combina con el de protrusión, en primer termino aumenta la actividad de los pterigoideos internos y despues los músculos maseteros.

Lateralidad de la mandibula.- Los movimientos laterales de la mandibula los inician los músculos pterigoideos -

externos e internos, desde las posiciones contactantes intercuspídea retrusiva o relación centríca y constituye principalmente un giro condilar hacia un lado.

En los movimientos combinados de protrusión y lateralidad la actividad del pterigoideo medial domina sobre la del músculo temporal.

La causa principal del movimiento de Bennet es la contracción del músculo pterigoideo externo.

Protrusión mandibular.— La protrusión de la mandíbula se inicia por la acción simultánea de los músculos pterigoideos externos e internos.

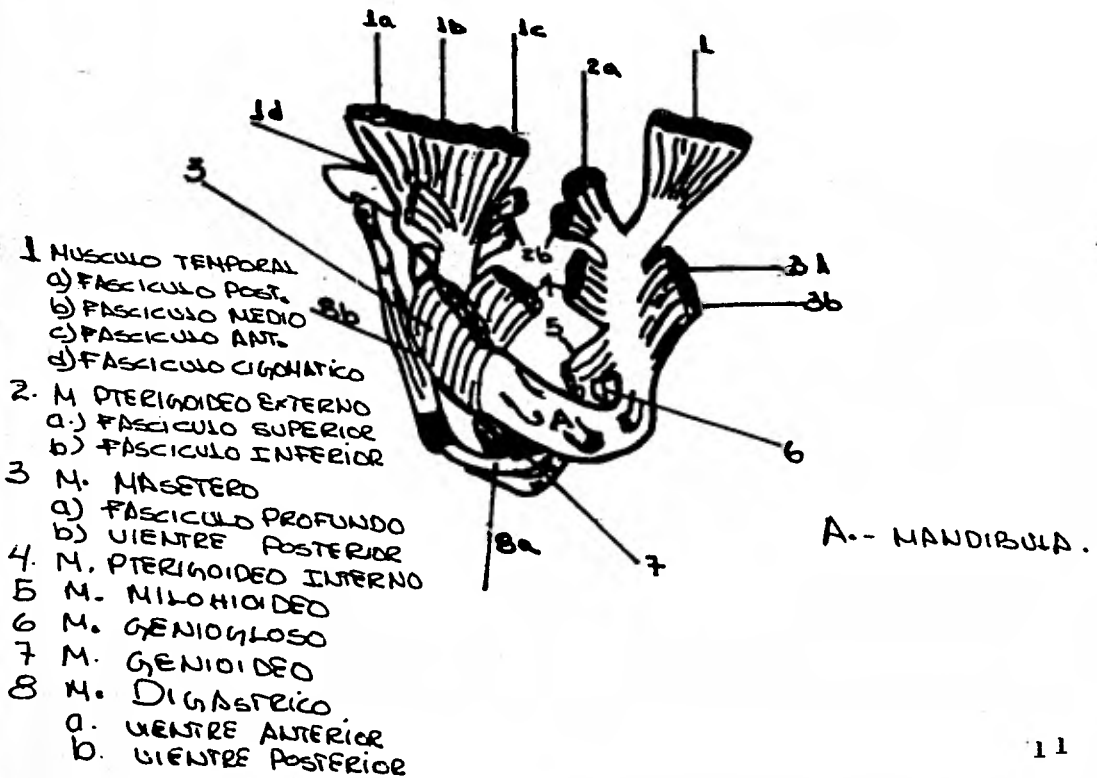
La función principal del pterigoideo externo es -- impulsar el condilo hacia adelante y al mismo tiempo desplazar el menisco en la misma dirección. Este movimiento de inicia --- desde la posición de contacto retrusivo pasa por la posición -- intercuspídea alcanza la posición boedra a borde y termina la posición de contacto protrusivo.

Movimiento de retrusión mandibular.— La participación activa de éste se realiza por una contracción poderosa de las fibras media y posterior de los músculos temporales, mientras que al mismo tiempo se mantiene bajo control la contracción compensatoria del músculo pterigoideo externo.

Esta posición marca el límite funcional posterior de la mandíbula y ha sido definida como la: posición del condilo más posterior, media y superior con respecto a la cavidad glenoidea.

Articulación Temporomandibular.- Las partes constitutivas de la articulación son: cóndilo, superficie articular - del temporal, disco articular, la capsula y los ligamentos (-- temporomandibular, esfenomandibular, estilomandibular).

La articulación funciona bien mientras las partes moviles se encuentran adecuadamente alineadas balanceadas y lubricadas; durante la masticación se presenta una combinación -- de los tres movimientos basicos dentro de la articulación tem-- poromandibular que son: movimiento de bisagra, movimiento de -- deslizamiento con contacto entre las partes guia de la articula-- ción y movimiento en masa del maxilar con ligero contacto entre las partes funcionales.



Lengua.- Es un organo movil, situado dentro de la cavidad bucal propiamente dicha en cordinación con los labios - carrillos, paladar y faringe.; actua en el lenguaje, mastica--- ción y deglución.

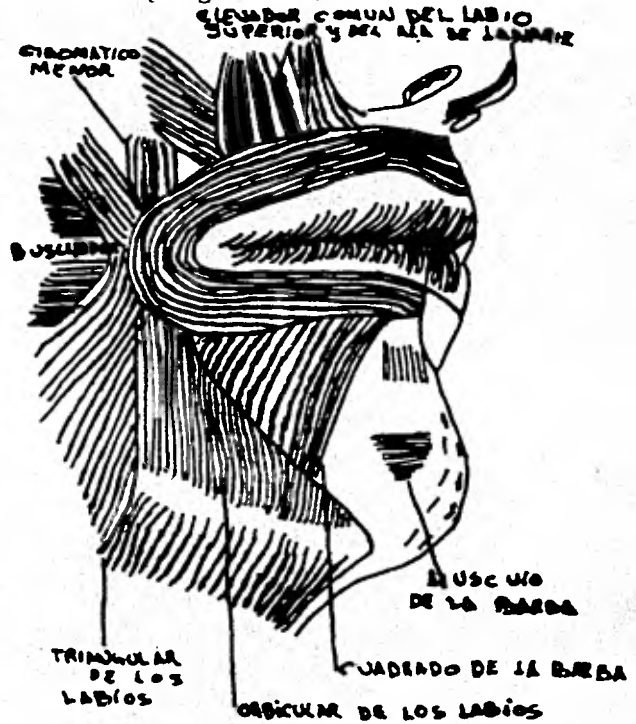
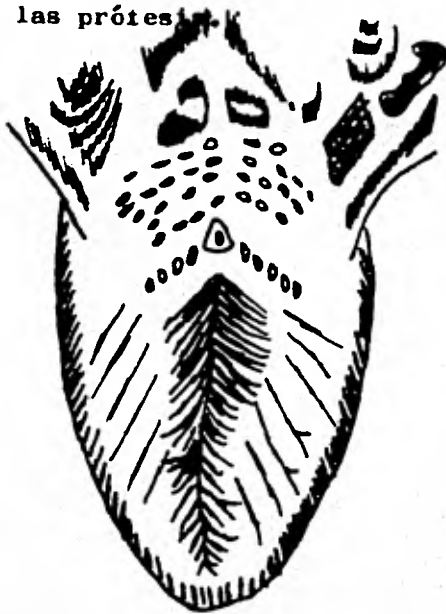
Músculos de la lengua se dividen en dos grupos: - músculos intrinsecos, que producen considerables cambios en el tamaño y forma de la lengua; los extrinsecos que unen la masa de la lengua a otras estructuras y hacen que la lengua se mueva en relación a otras estructuras bucales, son responsables de los cambios de posición.

La lengua posee una abundante inervación, por lo tanto puede detectar no solo las sensaciones habituales de tacto, presión, calor y frio, sino tambien la sensación especial - del gusto.

Músculos de los labios.- Los músculos de los labi os y carrillos se reparten en dos grupos: los dilatadores y los constrictores.

Entre los dilatadores tenemos: elevador superficial y profundo del ala de la nariz y del labio superior, elevador propio del labio superior, cigomatico menor, canino, borde del menton, risorio, buccinador, triangular de los labios,-- cuadrado de la barba, influyen los movimientos de la boca mejillas y labios.

Glandulas Salivales.- Se encuentra en la mucosa o bien en la submucosa, se distinguen tres de gran tamaño; la Parotida, la submaxilar y la sublingual y otras más pequeñas conocidas como glandulas labiales, bucales, palatínos y linguales todas contribuyen a formar la saliva y son parte importante en el acto preparatorio de la digestión la saliva desempeña una actividad importante en la lubricación de la mucosa bucal y de los labios, cadyuvante en el lenguaje adecuado cómodo de las prótes.



CAPITULO II

CORONA TOTAL.
INDICACIONES y
CONTRAINCICACIONES.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

La corona total.- Se utiliza como restauración -- individual o como anclaje de puente, estas deben ser biológica y estéticamente aceptables.

La función, la comodidad y mejoría o mantenimiento de los tejidos circundantes deben persistir después de la instalación de restauraciones de cualquier tipo como ya se mencionó anteriormente.

Indicaciones.-

- a) Como restauración individual.
- b) Dientes que no se pueden restaurar por otros -- medios para devolverles su capacidad funcional y contorno anatómico.
- c) Como anclaje de puente:
 - i.- Cuando el índice de caries, o los esfuerzos de torsión o palanca contraindican la corona 3/4, la incrustación a "pins" o la incrustación común.
- d) En rehabilitaciones bucales completas
 - i.- En dientes que deben ser ferulizados.
 - ii.- En dientes que recibirán retenedores o -- ataches de presión para el soporte y retención de una prótesis parcial removible.
- e) Dientes desvitalizados.
 - i.- Previo refuerzo con un muñón a perno,
 - ii.- O previa reconstrucción del diente por -- otros medios.

La corona total presenta las siguientes ventajas:

A) Sera la restauración de elección a causa de su resistencia, larga vida, resistencia a las fuerzas dislocantes, protección contra caries y porque da lugar al remodelado de su anatomía y oclusión.

Cuando es primordial la estetica se indica una corona de oro con frente estetico bien sea de resina acrilica ó - porcelana.

B) Su tamaño puede ser aumentado para ver que haya una eficiencia masticatoria maxima o reducido con el fin de disminuir o distribuir los esfuerzos que actuaran sobre la protesis.

Contraindicaciones.

- a) Si la oclusión es adecuada.
- b) Si el indice de caries es bajo.
- c) Si la restauración necesita el minimo de anclaje.
- d) En dientes con camaras pulpares grandes de tal modo que su tamaño impida una preparación correcta del diente.
- e) En dientes de corona clínica muy corta cuya retención y estabilidad seran insuficientes despues de haberse -- desgastado el diente para proveer espacio para el metal y porcelana ó resina.

Desventajas.

- A.- Visibilidad del metal.
- B.- Impide el control de la vitalidad.
- C.- exige reforzar las medidas profilacticas para evitar la corrosión del metal.
- D.- Produce a veces efecto desfavorable sobre los tejidos blandos aunque su forma anatomica sea correcta, asi co-

mo su extensión sublingual.

CAPITULO III.

DIAGNOSTICÓ,
PRONOSTICO y
TRATAMIENTO.

DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

Diagnostico, pronóstico y tratamiento son indispensables para lograr las mejores restauraciones protésicas.

Diagnostico.- Es la interpretación de los síntomas de todo dato que pueda interpretarse como indicativo del estado del paciente tanto en lo que se refiere a su integridad física y a sus funciones orgánicas como a su estado constitucional.

Al diagnosticar la preparación de cualquier corona es necesario que los componentes del periodonto sean llevados al grado óptimo de salud posible antes del tallado de la pieza que se va a restaurar.

La corona total se diagnostica de la siguiente manera:

- a) como restauración individual ó
- b) como anclaje de puente.

Se estudiarán las relaciones oclusales y se registrarán los contactos cuspideos en los movimientos funcionales de la mandíbula.

Pronóstico.- es un complemento obligado e inmediato del diagnóstico. Ambos integran el concepto que se hace sobre el paciente y su estado.

El diagnóstico nos expresa la síntesis de una realidad actual, el pronóstico anticipa el futuro.

El pronóstico de éxito de las coronas totales es especialmente satisfactorio para lograr una buena oclusión y una eficiente capacidad funcional.

Tratamiento.- Se basará en el estudio del caso sin omisión de factor alguno y seguirá el curso más promisorio hasta alcanzar el fin que se persigue.

mencionare los pasos del diagnostico y selección -
del tratamiento:

1.- Un estudio minucioso del cuadro clinico; se -
debe comprobar la vitalidad del diente que se va a restaurar, -
nunca se utilizara un diente con enfermedad pulpar en caso de -
llevar una corona comó pilar de puente mientras no se resuelva
el problema pulpar.

Se observa si existe movilidad dentaria y si la ---
hay se busca la causa y naturaleza de la misma.

2.- valoración de la ~~condición~~ de los dientes y -
estructura de soporte.

a) cargas que soportaran los pilares y su ---
capacidad de sostenerla, y

b) propiedades relativas esteticas y reten---
tivas del tallado de anclajes sobre los pilares.

3.- Determinación de la oclusión de los arcos, con
la capacidad maxima de soporte de la carga de la estructura ---
protetica.

4.- Elección adecuada de un método restaurador ---
que cumpla con los requisitos estéticos que exige el paciente -
tanto como su indice de caries, higiene bucal y la cooperación
que se espera y

5.- Plan de tratamiento, que posibilite satisfac-
toriamente los anteriores requisitos, se hara visita por visita
planeando el tiempo necesario para las futuras visitas aseguran
donos que las cubetas, instrumentos y materiales accesorios es-
tan preparados.

Si contamos desde el principio con la absoluta cog

peración, respeto y confianza por parte del paciente el trabajo técnico y los problemas que surjan serán fáciles de resolver -- para el odontólogo.

Es menester respetar paso por paso el plan de tratamiento con el fin de conservar los dientes, ahorrar tiempo, disminuir los costos y obtención de una restauración satisfactoria entendiendo a esta como aquella que brinde el máximo de eficiencia masticatoria por el tiempo más prolongado con la menor tendencia a ser destructiva de los pilares de los dientes antagonistas y de los tejidos de soporte.

Todo lo mencionado en párrafos anteriores no puede lograrse sin un diagnóstico y la formulación de un plan de tratamiento que habrán de fijar en la mente del operador todas -- las limitaciones existentes y todas las modificaciones que podrán introducirse para superarlas.

Estos pasos requieren de:

- 1.- Historia clínica
- 2.- Examen bucal.
- 3.- Modelos de estudio.
- 4.- Examen radiográfico.

Historia clínica.- Nos proporciona los datos personales del paciente: nombre, edad, sexo, ocupación, dirección, además de datos subjetivos y observaciones objetivas; el padecimiento actual, sus síntomas o sintoma que motivaron la consulta, así mismo su fecha de aparición .

Examen bucal.- Exploraremos y haremos la palpación de toda la cavidad bucal, puesto que nos da la oportunidad de - observar;

- a) el estado de los tejidos,
- b) la calidad de la estructura superficial de los dientes,
- c) la movilidad de los dientes bajo presión ó la excesiva movilidad de los mismos al tacto,
- d) higiene bucal,
- e) la tolerancia de los tejidos bucales a las -- restauraciones previas.

Este examen se realiza mediante el uso de espajos bucales, exploradores, hilo de seda dental, agua y aire.

Modelos de estudio.- Son reproducciones positivas del maxilar superior y del paladar duro y de la mandíbula montados en relación correcta en un articulador capaz de reproducir los movimientos de lateralidad y protrusión similares a los que comunmente se producen en la boca.

Estos modelos permiten al odontologo:

- a) evaluar las fuerzas que actuaran sobre la corona,
- b) decidir si se requiere algún desgaste ó reconstrucción de los antagonistas de modo que se logre un plano oclusal adecuado o mejorado,
- c) poner de manifiesto la dirección en que las -- fuerzas incidiran en la restauración terminada.
- d) resolver el plan de procedimientos para toda -- la boca.

Examen radiografico.- Se aplicara para cualquier restauración protésica; sea como retenedor de puente o restauración individual o para cualquiera de los demas componentes del puente.

Este examen nos proporcionara la información de to

dos los sectores de la mandíbula ó del maxilar, en este examen observaremos:

- a) la relación corona raíz.
- b) el número y tamaño de las raíces de los dientes.
- c) caries.
- d) presencia de bolsas patológicas.
- e) reabsorción apical.
- f) lesiones a nivel de bifurcación.
- g) reacciones periapicales.
- h) obturación de conductos radiculares.

Se evaluarán los factores mencionados para decidir el tipo de restauración que se realizara, esto se hará en base a la elaboración del diagnóstico y subsecuentemente del pronóstico y del tratamiento.

CAPITULO IV.

DISÑO y
PREPARACION.

DISEÑO Y PREPARACION.

Características anatómicas de la corona del diente.

Que ventaja tendríamos, si todos los casos en tratamiento no tuvieran alguna característica que obligara a modificar lo que se podría llamar una preparación estandar. Por — ello debemos conocer los factores anatomicos y fisiologicos de cada diente para poder determinar el diseño.

La morfología y características de los dientes es muy variada y cada diente es único, tomando como referencia las características anatomicas y morfologicas de un diente universal.

Las características anatomicas de los dientes se explican de la siguiente manera:

Para su estudio se dividen en dos grupos que atendiendo a su colocación en las arcadas son: dientes anteriores — que esta formado por centrales, incisivos y caninos y el segundo grupo que es el de los dientes posteriores que lo forman: — premolares y molares.

A continuación se hace mención de una breve anatomía de cada uno de los dientes.

Dientes anteriores.— Toma su nombre de acuerdo — al lugar que ocupa en el arco dentario, estas son unidades pares que estan colocadas asimetricamente a los lados de la línea media ya que se encuentran dos incisivos centrales y laterales — y dos caninos que presentan el mismo orden tanto en el maxilar como en la mandibula. Los incisivos se encuentran para señalar el centro de la cara ya que se encuentra uno del lado derecho y otro del lado izquierdo, la forma que tiene el diente es semejan

te a la de un poliedro y tiene semejanza a una cuña, con cuatro caras o planos axiales en cierta forma paralela al eje longitudinal.

Los incisivos laterales superiores, es el segundo diente partiendo de la línea media es muy semejante al central la diferencia esta en que la dimensión del lateral es más reducida que la del central. Los incisivos inferiores tienen la misma anatomía que los superiores con la diferencia que tienen menor diametro mesio-distal, tienen una distorsión coronaria hacia lingual, el central considerado el diente más pequeño de todos, lineal y volumétricamente, el más simétrico en forma tanto de corona como de raíz su peso aproximado es la mitad del incisivo central superior.

El grupo de los caninos, lo forman cuatro dientes dos superiores y dos inferiores, uno izquierdo y uno derecho en cada arcada, este canino es de mayor volumen que los incisivos tanto en corona como en raíz.

La posición que ocupa en el arco denterio coincide con el ángulo que forma el plano labial con el plano lateral del vestibulo y también con la comisura de los labios desde el punto de vista estético puede considerarse como la columna o marco que encuadra a los incisivos en la parte anterior del arco denterio, en general se acepta que un diente poderoso, esta fijado con mayor firmeza por tener la raíz más larga, punto interesante que debe de tomarse en cuenta en los casos de restauraciones protéticas, por lo que es un soporte de preferencia a cualquier otra pieza anterior, su raíz es tan voluminosa que obliga a la tabla externa a formarse para señalar la eminencia canina de la cara ante el hueso maxilar.

Premolares: los premolares son dientes que forman un subgrupo de los dientes posteriores son exclusivo de las dentaduras de adultos su posición entre caninos y molares; se les da el nombre de premolares ya que se encuentran antes de los molares, su corona se considera formada por cuatro elementos — embrionarios o lobulos de crecimiento como sucede con los dientes anteriores, tres lobulos unidos corresponden a la eminencia vestibular y el cuarto lobulo constituye la segunda prominencia o cúspide que da origen a la cara oclusal por lo que queda constituida por dos cuspides: una vestibular y una lingual por tal razón a estos dientes se les llama bicuspideos, la corona adquiere forma cuboide cuyas caras o superficies son cuadrangulares y pentagonales.

La forma de la cara oclusal es apta para la masticación el trabajo que le corresponde a los premolares es la de trituración, función más importante que la presentada en el aspecto estético y fonético como sucede en los incisivos, forman un grupo de ocho dientes correspondiendo cuatro a la arcada superior y cuatro a la arcada inferior, dos izquierdos y dos derechos se les nombra primer premolar y segundo premolar.

La diferencia que existe entre el primer premolar y segundo premolar inferior, es que el primero tiende a quedarse con una sola cuspides vestibular semejante a un canino pequeño — y el segundo premolar inferior en cambio tiene frecuentemente tres cuspides de las cuales dos son linguales y una vestibular su forma es pentagonal y su convexidad más notable que el canino.

El segundo premolar superior es semejante al primero con las siguientes diferencias:

- a) De contornos más regulares y asimétricos en

Todos sentidos .

- b) muy frecuentemente de menor tamaño.
- c) las cúspides son de menor longitud .
- d) el surco fundamental es profundo y mas corto.

Premolar inferior, estos guardan en la mandíbula la misma posición y nomenclatura de los premolares superiores la diferencia entre los premolares superiores e inferiores:

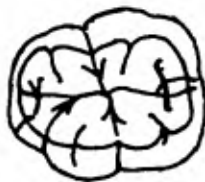
- a) La diferencia de corona raíz de los premolares inferiores son mas reducidos sobre todo vestibulo-lingualmente.
- b) la configuración de la corona de los inferiores es esferoide la de los superiores es cuboidal .
- c) la eminencia de las coronas de los inferiores son bulbosas o redondeadas en los superiores son piramidales.

Aunque los premolares son considerados dientes unirradiculares, el primer premolar superior es el unico que tiene raíz bifida es más del 50 % de los casos.

I Molar Sup.



I Molar Inf.



Molares, el prototipo de los dientes posteriores:-- grandes, fuertes y poderosos con forma adecuada para triturar, moler y hacer una correcta masticación.

Exclusivo de las dentaduras de los adultos, no -- reponen ningun diente infantil. Es el grupo dentario clasificado más numeroso. Son doce dientes de los cuales seis estan en el arco superior y seis en el inferior y corresponde tres en cada cuadrante, se les conoce con nombre de primer molar, segundo molar y tercer molar derecho e izquierdo, superior e inferior.

Su forma es más complicada,, de volumen mayor, de cúspides más grandes y numerosas los surcos son más profundos y de mayor longitud, una particularidad exclusiva de ellos es -- que cada lobulo de crecimiento por si solo forma una eminencia ya sea cúspide o tuberculo.

Los molares superiores tienen la corona de forma cuboide con cuatro cúspides piramidales en la cara oclusal, con exepción del primer molar que tiene en numerosas ocaciones cinco eminencias. La dimensión vestibulo-lingual en la corona es -- mayor que la mesio-distal, la raíz es trifurcada.

En la formación de la corona son cuatro porciones primarias o lobulos de crecimiento: a) el lóbulo mesial corresponde y forma la cúspide mesiovestibular.

b) el lóbulo central forma la cúspide disto-vestibular o sea lo que esta unida por la cresta transversal con la eminencia mesio-lingual.

c) el lóbulo distal forma el tuberculo disto-lingual colocado distalmente, pero con orientación hacia lingual.

d) por último el cuarto lóbulo da lugar a la eminencia mesio-lingual, el cual contribuye a formar el eje o macizo de la cara oclusal y por medio de la cresta transversa esta

unido al distovestibular.

La raíz del primer molar superior esta trifurcada.

La corona de los molares inferiores es más ancha de dimensión mesiodistal mayor que la vestibulolingual y las -- eminencias de las caras oclusales son un poco menos elevadas -- que las de los superiores, su raíz es bífida, compuesta por dos ramas una mesial y otra distal.

Los primeros molares tanto los superiores como -- los inferiores son conocidos como los molares de los seis años porque hacen su erupción a esa edad.

Tambien son conocidos como los dientes clave de la oclusión, por ser lo que obliga a los arcos dentarios a conservar esa relación tan precisa.

Instrumental.-

El método de reducción que universalmente se adopta hace uso de instrumentos cortantes rotatorios o abrasivos tales como fresas de carburo o tungsteno, piedras y discos de diamante o carburundum y discos de papel abrasivo.

Instrumental que se utiliza para la realización de coronas totales en piezas posteriores:

a) Fresa de carburo 71 L.

Reducción axial y oclusal completa, ubicación y forma del margen cervical.

b) Fresa de carburo 70 L. premier ELA.

Cuando hay diente vecino, se utiliza una fresa de carburo, se utiliza para cortar por vestibular o lingual indistintamente para romper el contacto y al mismo tiempo reducir las superficies proximales.

c) Piedra de diamante 4 D .

Para aislar irregularidades y redondear angulos agudos.

d) Fresa de carburo 701 L.

Reconstruir.Reducción de superficies vestibular, lingual y oclusal.

e) Fresa de carburo 700 L.

Reducción de superficies proximales.

f) Discos, con una cara inactiva de cualquier marca.

Reducción de superficies proximales (cuando no se pueden utilizar las fresas de carburo 700 L)

g) Piedra de diamante ID -T

Ubicación y contorno del margen cervical,

- h) Piedra de diamante densco 3/4 D ó 1 D.
Pulido de asperesas ubicación y contorno del
mergen cervical y terminación del hombro.
- i) Disco de papel de lija.
Pulido de asperesas y alisamiento de los an--
gulos.
- j) Fresa 701 o 701 L.
Completar la reducción axial y oclusal. Ubica--
ción y tallado del hombro cervical.
- k) Piedra de diamante 3/4 D.
Cuando hay un diente vecino se utiliza una pie--
dra de diamante 3/4, ya sea por vestibular y sea por lingual pa--
ra romper el contacto y reducir al mismo tiempo la superficie --
proximal.
- l) Piedra de diamante 123 SS W.
Se utiliza para la reducción oclusal de pos--
teriores.
- m) Fresa de carburo 701 SS W.
Hombro vestibular.
- n) Fresa de carburo 699 R.
Reducción mesial y distal.
- ñ) Piedra de diamante 1 D-C.
Ubicación y contorno del margen cervical.
- o) Fresa de carburo 170 L SS W.
Terminación de superficies vestibulares y hom--
bro.
- p) Fresa de carburo 710 L.
Se utiliza para reducción oclusal o incisal --
reducción periférica de posteriores. Reducción vestibular y prox--
ximal de anteriores, esbozo grueso del hombro.
- q) Piedra de diamante DENSCO 3/4 D.
Pulido de asperesas ubicación y contorno del
margen cervical.

La cantidad de instrumentos de cortantes se reducen cuando se utilizan tecnicas de alta velocidad. Se requiere menor variedad de instrumentos rotatorios. Por ejemplo: para el tallado de un diente posterior para corona entera se requiere el empleo de dos instrumentos rotatorios, quizas con el agregado de un tercero, si el espacio interproximal es muy estrecho.

La fresa de carburo 69 L de la SS W; lapiedra de diamante troncóica de DENSCO, lafresa troncoconica de fisura - de la misma marca es el único instrumental indispensable con ul tra alta velocidad y la piedra de diamnte troncocónica I D-TL- diamante densco para baja velocidad.

Si el espació interproximal es estrecho se utilizara la piedra de diamante diamond DL 1/8 densco.



Asi mismo se puede utilizar otros marcos de diseño similar, y otras longitudes si los dientes son cortos.



Diseño.- En el modelo de estudio se diseña la preparación, que nos ayudara a fijar la relación de los ejes longitudinales de los presuntos dientes pilares, el ancho de los espacios mesiales y distales, la relación de los dientes antagonistas con los pilares y con los espacios, desplazamiento dentario, fuerzas lesivas, muestra la cantidad de tejido que hay que eliminar para obtener el tallado retentivo y su patron de inserción compatible y a veces hasta muestra la línea gingival con el límite amelocementario y que junto con la radiografía se pondra de manifiesto la relación corona raíz, la presencia de bolsas periodontales, la calidad y espesor de la membrana periodontal, zonas apicales radiolucidas, contorno radicular y la profundidad de la caries.

Durante la preparación de un diente es menester tomar ciertas precauciones, como el uso de alta velocidad con las precauciones adecuadas como la lubricación de los dientes y conservar su temperatura.

La utilización de un disco para corte de tejido dentario por las caras proximales debe ser controlado o guiado para impedir que este se trabe y como consecuencia lastimar lengua - mejillas, labios u otro diente. Las precauciones no solamente deben tomarse en cuenta durante la preparación y en el momento de la reconstrucción sino tambien en el recubrimiento temporal.

Las preparaciones para coronas enteras son las que más se pueden alejar del diseño clásico y no obstante conservar su propiedad de retención; a menudo por la distinta dirección de los ejes mayores de los pilares sera necesario tallar paredes francamente convergentes. Es beneficioso, pues, en cualquier tipo de operación elaborar una secuencia de los pasos y la meta -

que se pretende alcanzar con ellos. Aquí se prescribiera un ---- método para la preparación de la corona entera de oro.

Las técnicas de procedimiento y concepto de forma se han modificado un tanto desde el advenimiento de velocidades aceleradas en el tallado dentario, sin que hayan alterado los - requisitos de retención y estabilidad de restauraciones y prote^usis, estos procedimientos no cambiaran aunque se alteren ligera^umente algunos contornos en la forma de el piente tallado con el fin de facilitar el manejo de nuevos instrumentos y tecnicas.

La reducción extracoronaria de los dientes al realizarce los tallados con el objeto de que estos reciban ancla--jes colados se divide en varios pasos fundamentales, cada uno - tendra variaciones que dependeran de la posición del diente en la boca, su longitud, contorno, dirección de erupción, girover--sión y de la clase y tipo de anclaje que se piense utilizar.

Se requiere solamente dos instrumentos rotatorios para la preparación de cualquier molar para una corona entera de oro que son: la fresa de carburo 169 L y 699 L trnco conica pa^ura la alta velocidad y la piedra de diamante 1 D - T para baja velocidad, si el espacio interproximal es estrecho, se utilizara la piedra de diamante 1/4 D-L.

A continuación enumero los pasos a seguir para la preparación de una corona entera de oro, en la aplicación de. -- todas las piezas posteriores con unas pocas variantes en cada - uno de los molares.

Al tallar un diente para recibir una corona se de--de seguir una determinada secuencia con cualquier tipo de proce^udimiento que se utilice;

a) Cortes en rebanadas proximales.

- b) Reducción de superficies oclusales.
- c) La preparación de superficies linguales y vestibulares convexas y superficies linguales concavas. (o en inferior vestibularizadas o lingualizadas, en superior vestibularizadas o palatinizadas.
- d) Redondeamiento de angulos.
- e) Tallado de hombro que incluya la cara vestibular y proximales o de todas las superficies axiales.

Reducción proximal.- Si el diente por tallar se ha ya en contacto con otra pieza se recomienda colocar una matriz de acero alrededor del diente vecino ello evitara el contacto - del mismo con el elemento abrasivo. Los cortes proximales se realizaran desde lingual o vestibular con fresa (169 L) dentro de la circunferencia del diente por tallar y seran paralelos al patron de inserción. El extremo de la fresa se hallara a nivel de la línea de terminación o llegara hasta la cresta gingival cualquiera que se halle más atras.

El corte a traves del contacto facilitara el uso de otros instrumentos.

Reducción de superficies vestibular y lingual.- El corte se realiza en dos planos nitidos ocluso-cervicalmente y - que siguen el contorno mesiodistal del diente. Constituye una ayuda dividir con una muesca en dos planos las caras vestibular y lingual, antes de seguir con el desgaste de las superficies.- El tercio oclusal se cortara con una inclinación aproximada de 45° respecto al eje principal del frente y el tercio cervical - se tallara paralelamente al patron de inserción para eliminar - socabados. Mesiodistalmente las superficies se desgastan una --

mitad por vez, siguiendo el contorno dentario.

Ello indicara el espesor por desgastar y ayudara a realizar un tallado que dara por resultado una restauración colada de grosor uniforme. Tallado de superficies vestibular y lingual hasta terminar.

Reducción oclusal.- Con frecuencia se ven restauraciones coladas muy delgadas por oclusal resultado de un desgaste poco profundo de la fosa central, surco y reborde marginal para evitar esto conviene desgastar los surcos oclusales principales y rebordes marginales hasta una profundidad de 1 a 1.25 mm. para que sirva de guia al operador en la reducción oclusal y despues proseguir con la reducción oclusal siguiendo los planos principales.

Angulos proximales.- Es imprescindible el redondeamiento de los angulos diedros axiales donde se unen las paredes proximales con vestibular y lingual para que quede bien definida la línea la línea cervical marginal. A partir de ese momento el tallado se efectuara con baja velocidad con la piedra de diamante 1 D-TL, la línea de terminación se realizara en su ubicación más adaptable o protegida (dentro del surco gingival o en la línea cemento-dentaria); los angulos diedros proximales y oclusales se redondean y se alisa el tallado.

Es una cuestión controvertida donde debe ubicarse el margen cervical de una corona completa. Los autores consideran y lo enseñan, que se requieren extenderlo aproximadamente a 0.5 mm. dentro del surco gingival.

Si hubiera retención gingival y el cuello dentario fuese bastante estrecho, el margen cervical ha de ser paralelo

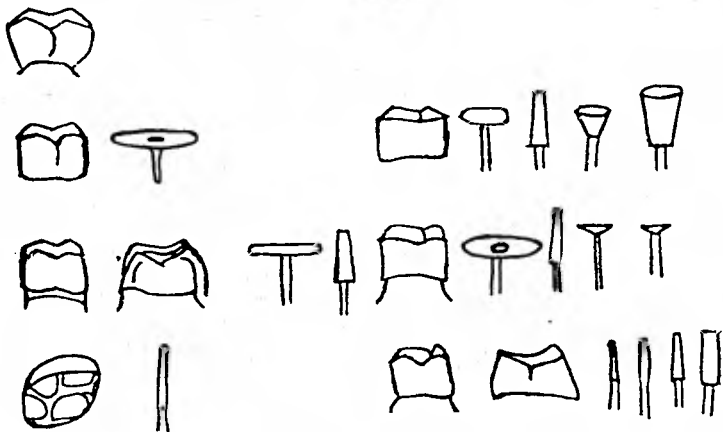
a la línea amelo-cementaria, para quedar sobre esmalte.

Tallado de molares inferiores a velocidades bajas.-
Todavía existen razones validas o valederas para conocer los -
procedimientos antes nombrados, llamados de rutina, son relativa-
mente para cualquier técnica y los conceptos de acuerdo a los -
cuales se enunciaran permanecen validos.

Superficie mesial y distal.- El paso 1.- es la re-
ducción de la superficie mesial y distal, por lo general es fac-
tible realizarlo con disco de diamante o de carborundum monta-
dos en pieza de mano recta. Despues de considerar las nesecida-
des del patron de inserción, estos cortes se inician sobre o in-
mediatamente por dentro del reborde marginal de la superficie o-
clusal y se extenderan en línea recta hasta la cresta gingival
sin que se produzcan convexidades o concavidades en las pare-
des. A pesar de que el tallado converge hacia oclusal en unos -
5° con respecto al patron de inserción en la generalidad de los
casos, la inclinación del eje mayor del diante puede obligar a
una convergencia más acentuada.

Superficie vestibular y lingual.- El paso número
2.- es la reducción de la superficie vestibular y lingual. Por
vestibular, tanto de dientes superiores como de inferiores y por
lingual de los superiores bien alineados, el corte seguira las
convexidades de la superficie con una profundidad aproximada de
1 mm. El desgaste lingual de diehtes inferiores estara en armonia
con el patron de inserción. Los desgastes por vestibular y lin-
gual se hacen llegar hasta la línea gingival ó cervicalmente ó!
preferentemente donde se hacen terminar las cavidades de V clase
a veces la posición y tipo de diente obstaculiza la terminación
nitida cervical por lingual de algunos dientes posteriores infe

riores.



Superficie oclusal.- El paso 3 y 4.- la primera fase de la reducción oclusal se realiza a nivel de surcos oclusales con fresas número 700 y 701 a una profundidad de 1 mm. Se eliminara la caries si esta hubiese penetrado en el esmalte.

La preparación de los surcos regulara la profundidad de el tallado complementario en oclusal y además proveera espacio suficiente para el metal en la zona central. Si la reducción en su totalidad es de 1 mm. de profundidad y sigue el contorno de los planos cuspideos el colado tendra mayor resistencia a los movimientos porque se opondran superficies anchas y se emplearan a las fuerzas que actuan desde distintas direcciones.

Margen cervical.- Este paso esta constituido en el redondeamiento de los angulos hasta desaparecer las aristas agudas, se alisan las cuatro aristas triangulares que se forman en las zonas cervicales de modo que la línea gingival de la preparación siguiendo la configuración del borde gingival, ello se realiza mediante el disco de papel abrasivo de corte grueso o una piedra de diamante troncoconica larga.

Hay que tallar un bisel acanalado cuando como consecuencia de la preparación no se forma espontaneamente a bisel en cervical en la línea de terminación cervical. Este bisel concavo sera de unos 0.4 mm. de ancho y se extendera de 0.5 a 1 mm. por debajo del margen gingival, es conveniente que la línea de terminación se halla muy proxima al diametro maximo al diente - en las caras vestibulares y linguales de los dientes superiores posteriores y en la superficie vestibular de los inferiores.

Sin embargo la posición y forma del diente, la longitud ocluso cervical de la corona clínica, la retracción gingival o la presencia de caries gengivales, pueden hacer variar - la ubicación del margen cervical, el bisel acanalado se talla - rapidamente por vestibular, lingual y a nivel de los angulos - diedros con piedras de diamante No. 2 D-T o 3 D, mientras que - en las caras mesiales se utiliza una piedra de diamante No. 1 DT.

Preparación de dientes con coronas largas, medianas o cortas.

Cuando se preparen dientes de coronas largas hay una tendencia a formar angulos muertos en cervical de superficies distales. Si la pieza de mano y el disco no se mueven si-

multaneamente hacia cervical, el borde cortante del disco se -- movera en un arco, ello causa una desviación hacia adentro con respecto al patron de inserción en la zona cervical. Es difícil subsanar este error sin realizar un desgaste excesivo del diente en los tercios medio y oclusal.

Al ser mayor el espesor del metal de la corona, es posible observar fenomenos de visibilidad. Se requiere el redondeamiento de los angulos diedros formado por las caras axiales con la oclusal ya que son imprescindibles para proveer estabilidad al colado.

Se visualizan y ejecutan facilmente tanto en el corte como en el redondeamiento de angulos diedros axiales para -- facilitar la toma de impresiones, ajustar el patron de mera y -- facilitar el asentamiento de los colados y proveer más espacio para el metal en zonas sometidas al desgaste, a menudola corona de dientes cortos es conica y la preparación es tan troncoconicas hacia oclusal que la retención mecanica que se obtiene es -- muy escasa, en este caso los lados agudos se dejan como lados -- diedros axioclusales. Se tallaran rieleras en las caras vestibulares o linguales paralelas a las superficies de las caras o -- puestas al patron de inserción. Con fresa No. 70 L ó 702 se -- pueden ubicar conductillos para "pins" 1.5mm de profundidad -- en la cara oclusal inmediatamente por debajo de los vertices -- cuspideos.

Caracteristicas de dientes cariados.

Cuando hay caries cervicales las estructuras afectadas se remplazaran mediante oro o amalgama, la preparación final terminara cervicalmente mas alla de tal restauración, cuando --

se prepara un diente obturado o cariado para recibir una corona entera de oro.

Los pasos del tallado difieren en ciertos aspectos de aquellos que se siguen al preparar un diente sano. Se eliminara sistemáticamente cualquier amalgama incrustación, cemento y tejido cariado; entonces se tallaran las paredes y la cara oclusal se prepararan en la misma forma y con la misma secuencia de los pasos antes mencionados.

Coronas de oro con frente estetico.

Una corona entera de oro con frente estetico, es una corona con un frente de porcelana cocida o de resina que recubre su cara vestibular y una parte de sus caras proximales.

Muchas veces se hace un recubrimiento estetico de una parte o de toda la cara oclusal, cuando el material es porcelana y no resina. La resistencia de una corona con frente estetico a las fuerzas oclusales se compara favorablemente con la de una corona entera de oro.

Se le utiliza como restauración unica, como anclaje de puente o en pilares para soporte o retención de una protesis parcial, por sus propiedades pasa desapercibida al lado de los dientes naturales, a la corona de oro con frente estetico - le falta poco para igualar el efecto estetico de la corona fundida de porcelana. Para lograr esa armonia y conservar esa salud de la encia la corona con frente estetico ha de mantenerse dentro de los limites de la forma, contorno y dimensiones del diente integro.

Los factores más importantes que rigen la construcción

ción de coronas y puentes con frente estetico.

- a) Selección de color antes de comenzarce el desgaste.
- b) Preparación del diente.
- c) Modelado de coronas para que se ofrescan una forma dentaria normal o agradable.
- d) Duración.
- e) Mantenimiento o reparación.

La extensión del frente estetico dependera:

- i) Los parametros estéticos establecidos para cada caso.
- ii) Si el frente estético es de porcelana o de resina.
- iii) La relación del diente por restaurar, con un diente vecino.
- iv) Oclusión y
- v) La cantidad de reducción que permite el diente.

Si se acepta este concepto de corona metalica con frente estetico, no puede considerarse como una restauración -- conservadora, pues ella exige gran reducción de la estructura dentaria y un extenso contacto con el tejido gingival no obstante esta indicada en cualquier diente donde se justifique una corona entera desde el punto de vista restaurativo o preventivo -- cuando es factible lograr su armonia con los dientes vecinos y antagonistas o su colocación favéresca la estetica, cuando se requiere la maxima reducción y sea factible obtenerla y cuando se requiere la función.

La corona entera de oro con frente estético se utiliza con cualquier diente vital, si despues de hacerce el hombro cervical queda suficiente dentina coronaria para resistir la -- fractura tambien se utiliza en dientes desvitalizados previo --

refuerzo con un muñon a perno o previa reconstrucción del diente por otros medios.

En la preparación de esta corona se requiere que - halla un cierto espesor igual o mayor que en la corona funda para cumplir con los requisitos del color y translucidez en un frente de porcelana o el color que se prefiere para la resina.

La preparación sera una combinación de la corona - entera de oro y de la corona funda si es que se quiere asegurar una forma adecuada asi como el color y la misma visibilidad de oro.

Preparación de esta corona en dientes posteriores.

Los pasos basicos son los mismos que se trata para los dientes anteriores y posteriores.

La mitad vestibular de la superficie oclusal se - corta hasta una profundidad de 2 mm. por lo menos para dar volumen al metal y al frente estético en el tercio externo del borde oclusovestibular. La mitad lingual de la superficie lingual tendran un espacio libre de por lo menos 1 mm. ó más. La línea de terminación lingua proximal se tallara en forma de bisel en falsa escuadra.

Superfici mesial y distal.- La superficie mesial y distal se reducen con un disco montado en una pieza de mano - recta para mayor control. Este corte se inicia sobre o ligeramente por dentro del reborde marginal y sigue de incisal ó cervical hasta la línea cervical o si esta se retrajo, este desgaste se llevara hasta el límite amelocementario siguiendo los planos de la superficie con una ligera inclinación lingual.

Uno de los cortes proximales sera paralelo al pa--
tron de inserción ó con vergencia en unos pocos grados y tendra
una dirección tal que la mayor cantidad de retención que sea -
factible.

Superficie vestibular y lingual.- Estas superfici
es se preparan de la misma manera que para una corona completa
con la exepción de que la superficie externa se desgastara a ma
yor profundidad y sera más convexa en la mitad oclusal. La exten
sión de los desgastes llegaran hasta la línea gingival.

Borde incisal ó superficie oclusal y angulos axial
les.- Para la reducción del borde incisal se utiliza una pie-
dra en forma derueda y para el de la superficie oclusal piedra -
de rueda, cono invertido, piedra de borde afilado y fresas de -
fisura. La preparación oclusal sera una replica de la superficie
original con la exepción de que la cuspe vestibular o la dimen
ción vestibulo incisal se desgastara en no menos de 2mm..

La cúspide lingual y las zonas de los rebordes mar
ginales tendran un espacio libre de por lo menos 1 mm. en todas
las excursions, despues se conectan las cuatro paredes en los
angulos axiales para formar una línea que siga a la altura del
borde gingival mediante una piedra de diamante de superficie --
plana o concava.

Para una corona con frente estético de resina no se
requiere un espacio libre interoclusal mayor de 1 ó 2 mm.

En esta etapa de la preparación se selecciona un -
cilindro de cobre, se le recorta se marca la ubicación y se deja
de lado si es que se toma una impresión de este tipo.

Hombro, para que el color y la forma de la corona
terminada sean los correctos, debe haber un hombro vestibular -

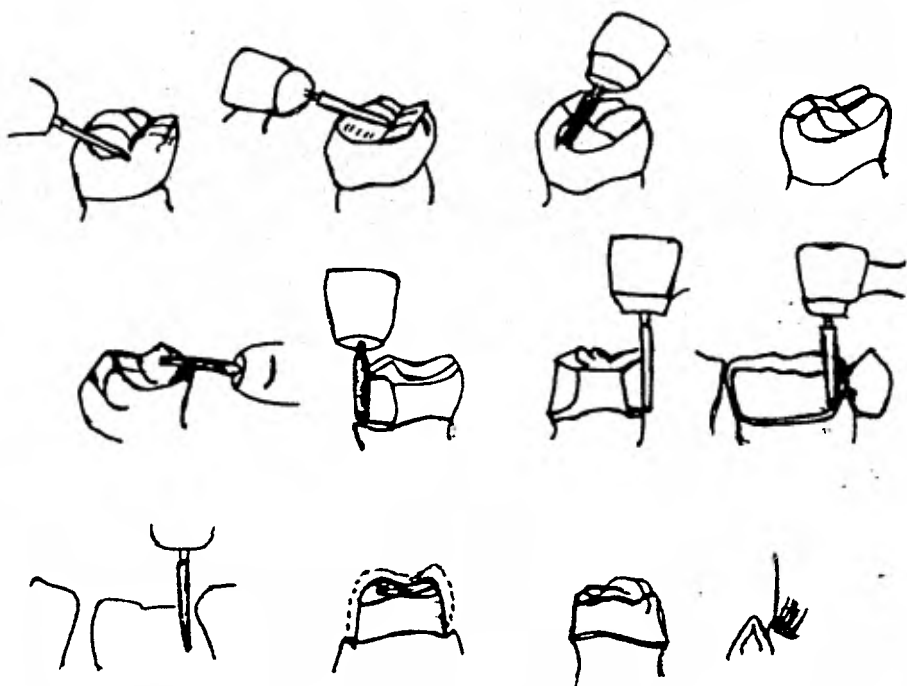
el hombro sera de unos 0.7 mm. de espesor pero si el diametro es ancho o si la pulpa esta alejada se puede hacer el espesor de 1 mm.. Este corte en el tercio cervical se realizara con -- con una fresa de corte apical o una piedra cilindrica o troncoconica, se usa tambien la fresa No. 557 ó 556.

El diente pequeño ó estrecho con la porción cervical, tendra la terminación del hombro en forma de pico a cada lado de la media rielera que debe ser paralela a la mitad cervical del contorno vestibular del diente preparado.

Es importante que el ancho del hombro sea el mismo en su terminación proximal que la superficie vestibular con el objeto de que el material estético tenga el espesor suficiente sin que se aumente anormalmente el contorno en esa zona.

El hombro y los margenes proximales y linguales se extenderan uniformemente a 0.5 ó 0.6 mm. por debajo de la encia, la línea de terminación cervical de bisel en falsa escuadra por lingual se conectaran con las porciones proximales del hombro al mismo tiempo se redondean los angulos linguales. Esto se realiza mediante una piedra troncoconica de extremo redondeado.

♦♦♦



CAPITULO V.

PROTECCION TEMPORAL
BASE INTERMEDIA,
PRUEBA DE METAL,
CEMENTACION.

PROTECCION TEMPORAL, BASE INTERMEDIA, PRUEBA DE METAL Y ---
CEMENTACION .

Protección temporal.- Como regla se protegera al diente vital preparado para corona de oro entera. La protección temporal conserva al diente libre de contacto con la saliva y - restos de alimentos y tendra limites tales que impidan los movi mientos de extrusión y lateralidad.

Capsulas de aluminio y coronas de acrilico prefor-
madas.

Se elige una capsula de aluminio de circunferencia un tanto mayor que la porción cervical de la preparación se le recorta para conformarla de acuerdo con el contorno del margen gingival se apoya en oclusal de la preparación sin desplazar el tejido gingival y a unos 0.5 mm. del mismo.

Las capsulas de aluminio son maleables y es facti**ble** adaptarlas o desgastarlas para que ocluya bien con los dien tes antagonistas. Cuando se utiliza una corona de resina esta - debe estar bien alineada de modo de no rechazar los tejidos -- blandos.

La gutapercha, cuando se utiliza ya sea con capsul
las de aluminio o con corona de acrilico es adecuado como cubeta protectora para los dientes preparados. La capsula se llena con gutapercha ablandada con el calor y se ubica en el diente y se cubre la preparación para asegurar que la oclusión sea conforta ble.

Composición de una corona temporal o puente de re-
sina.

Se pueden construir coronas temporales con resinas

acrílicas del color del diente pero que se utilizan especialmente en premolares y dientes anteriores. Se confeccionan mediante el troquel de yeso piedra o directamente sobre el diente ya preparado. En cualquiera de los casos se lubrican el muñón o los muñones, antes de comenzar la preparación dentaria se toma una impresión con alginato o elastomero y se conserva en un unectador. Se llenan con resina de autocurado las zonas de impresión que corresponden a los dientes preparados y se reubica la impresión en la boca o sobre el modelo. Antes de que la resina haya polimerizado más allá de la etapa semiplástica se retira la impresión de los dientes y se la recorta y ajusta incluso en oclusal.

Una vez polimerizada se pulen las coronas de resinas, se cementan con pasta de óxido de zinc y eugenol o barniz cavitario. Sin embargo en dientes con escasas retenciones es más efectivo el cemento de oxifosfato.

Es factible confeccionar de antemano una corona temporal de resina sobre una preparación simulada realizada sobre el modelo de yeso piedra, antes de colocarla se requiere fresarla por dentro, recortarla y mediante un rebasado de acrílico reajustarla para su adaptación y longitud adecuadas.

Cuando se desea reponer temporalmente un tramo este se construye sobre el modelo y se toma una impresión con alginato que involucre la cera y el yeso piedra. Luego se construye el puente temporal llamado los dientes preparados y las zonas del tramo con resina acrílica de autocurado y se reubica la impresión sobre el modelo de yeso. El retiro, recorte y pulido se realizan de acuerdo a la técnica utilizada para la unidad temporal individual.

Registro oclusal de cera.- Antes de colocar la - protección temporal sobre el diente se realiza un registro oclu- sal. Se toma cera de incrustaciones ablandada que recubre la - superficie oclusal, mesial y distal completamente y en parte -- las caras vestibular y lingual de la preparación. Ubicada la ce- ra en la cara oclusal se pide al paciente que cierre en oclusión centríca y abra inmediatamente, despues de haber comprido la - cera contra las cars oclusal y vestibular y lingual.

Se instruye al paciente para que cierre nuevamente la boca mantenga esa posición hasta que endurezca la cera.

El registro de cera, que se confecciona más venta- josamente sobre el modelo de trabajo, provee un patrón rustico para el tallado oclusal en el troquel y para que haya un espe- - zor adecuado en la zona de contacto entre la preparación y el - diente vecino. Se requiere meticulosidad en el encerado de la mordida, para reconstruir la forma del contorno, de no ser así el colado terminado tendra defectos o zonas potencialmente ---- debiles.

BASES INTERMEDIAS.

Es la porción de restauración colocada directamente entre la dentina y el material restaurativo final o interpuesto entre un material terapeutico para tratamiento pulpar y material restaurativo.

La base intermedia es de vital importancia sus funciones son:

- 1) aislamiento contra choques quimicos y termicos.
- 2) resistencia de fuerzas transmitidas hacia la pulpa por unión de los materiales de restauración o compresión del medio cementante.
- 3) modificación de las paredes internas de la preparación de la cavidad.

La selección del material para usarlos como base intermedia depende de la cantidad y estado de los tejidos restantes, así como el propósito a que se destina la base.

Los materiales dentales que se utilizan como base en las coronas totales son las siguientes:

- 1) barnices cavitarios.
- 2) hidroxido de calcio.
- 3) cemento de fosfato de zinc.

Barnices cavitarios.- Son compuestos diluidos en un medio líquido de rápida evaporación que permite la formación de una película delgada que se aplica sobre toda la dentina de la cavidad.

El barniz protege la dentina y la pulpa de la siguiente manera:

a) Tiende a disminuir la filtración del líquidos nocivos que se producen al rededor de una restauración cementada.

b) Su acción es la de impedir la penetración ácida de los materiales.

c) Es un líquido que esta compuesto por: resina copal, nitrato de celulosa disuelta en acetona, cloroformo, alcohol, benceno, tolueno, acetato de etilo ó acetato de amilo.

Este se aplica sobre las superficies dentarias, sobre las paredes del esmalte y dentina para reducir la penetración de fluidos orales alrededor de la restauración.

Ventajas:

a) Son buenos aisladores termicos.

b) Son de baja solubilidad.

c) Retarda la penetración en la dentina de las sustancias coloreadas, productos de la corrosión de la dentina.

d) Ayuda en la prevención de la filtración de algunas de los materiales de obturación.

Desventajas:

i) No son aisladores termicos.

ii) No evita completamente la penetración de los componentes de los cementos.

Su aplicación es de la siguiente manera: se debe aislar y secar perfectamente la cavidad con un pincel o una pequeña torunda de algodón, se aplica el barniz varias veces formando capas delgadas, se espera a que seque y se colocan las bases del cemento.

Hidroxido de Calcio.— Es un cemento combinado de hidroxido de calcio. Generalmente es un recubrimiento pulpar in

directo. Directo en contacto con la pulpa; indirecto, separado de la pulpa por una delgada capa de dentina.

Su presentación es en suspensión y pasta, esta compuesto por: hidroxido de calcio, oxido de zinc, poliestireno, agua destilada, material resinoso en cloroformo.

La acción del hidroxido de calcio es: estimulador de los odontoblastos para la formación de la dentina secundaria.

Se utiliza como: base cavitaria, como recubrimiento pulpar directo e indirecto, como estimulador para la formación de dentina secundaria, como barrera protectora entre el medio ambiente y la pulpa.

Ventajas:

- a) magnifica base comun
- B) efectivo estimulador para la formación de dentina secundaria.

Desventajas:

- a) No tiene resistencia de borde.
- b) No se utiliza como base temporaria.
- c) es soluble en los fluidos bucales.

La tecnica de aplicación consiste en poner sobre una hoja de papel especial, porciones iguales de base y catalizador se unen para darnos una mezcla de consistencia cremosa con un instrumento especial, se aísla el diente se seca y con el aplicador se lleva a la cavidad siendo distribuido en toda la extensión del piso sin llegar a tocar las paredes, se debe evitar el contacto con la saliva para que no se contamine despues de que frague se coloca la siguiente base.

Cemento de fosfato de zinc.- el fosfato de zinc - es un material de color crema ideal para ser usado en cavidades profundas protegiendo los cementos medicados siendo unicamente inconveniente su uso como material de obturación permanente.

En presencia de humedad reacciona en forma física - por endurecimiento protegiendo a los cementos medicados.

Su presentación se encuentra en el mercado en forma de polvo y liquido; existen dos tipos de composición una natural y una sintetica. La natural se compone de: oxido de zinc, ácido ortofosforico y la sintetica de: oxido de zinc, oxido de magnesio, bioxido de silicio, trioxido de bismuto, ácido ortofosforico se produce entre ambos una reacción química exotermica cuyo producto final es una masa solida.

La naturaleza exacta del producto final no es del todo conocida pero se supone que al final se forma un fosfato de zinc terciario.

Se usa como medio cementante, como base de cavidad (aislante termico y electrico) como base protectora de cementos medicados. Ventajas:

- 1.- Poca conductibilidad termica y electrica.
- 2.- Armonia de color hasta cierto punto.
- 3.- Resistencia a la compresión y a la abrasión.
- 4.- Fácil manipulación.
- 5.- Se obtiene con facilidad capas muy delgadas.

Desventajas:

- 1.- Por su acidez que se acentua durante las primeras horas de su inserción resulta muy irritante dañando a la pulpa.
- 2.- Falta de adherencia o muy poca a las paredes de la cavidad.

- 3.- Poca resistencia de borde.
- 4.- A largo plazo es soluble a los fluidos bucales.
- 5.- Produce calor durante su reacción física.
- 6.- Se contrae al fraguar.

Para mesclar este cemento utilizamos una loseta fría de cristal grueso que en climas calidos es conveniente --- enfriar al chorro del agua y despues secarla perfectamente, una espatula de acero inoxidable y un dispensador que proporciona --- que proporciona exactamente la cantidad de polvo en respecto a las gotas deliquido.

Para mesclarlo colocamos el polvo en el cristal y lo dividimos en cuatro pequeñas porciones, colocamos despues el liquido, debemos cuidar de no tenerlo expuesto al medio ambiente porque pierde agua o si el clima eshumedo absorbera la humedad alterando sus propiedades.

Una vez colocado el liquido se lleva hacia el una pequeña porción del polvo y con movimientos circulares lo incorporamos tratando de hacer la mezcla sobre una area de cristal lo mas amplia posible, a continuación una vez que se ha incluido perfectamente la primera porción del polvo llevamos una segunda y asi hasta terminar nuestra espatulación que no debe durar menos de un minuto y medio. Se usa en dos consistencias -- que son:

- 1) En forma de hebra para cementar restauraciones
- y 2) De migajon para base de cavidad.

El endurecimiento de este cemento es aproximadamente de dos a tres minutos.

PRUEBA DE METAL.

Diversos factores nos obligan a hacer un examen o prueba de la corona, aún teniendo los modelos montados en un articulador y en ellos halla cierta exactitud de adaptación.

El articulador impone ciertas limitaciones en los movimientos y en los diversos registros en la boca esto demanda una cooperación considerable por parte del paciente.

El movimiento de los modelos durante el montaje en el articulador o la imposibilidad de asentarlos completamente en los registros de la mordida, son causas de discrepancia en la situación real en el paciente. En caso de la corona que sirva como anclaje de puente existe mayor riesgo aparte de los ya nombrados porque los dientes pilares tienden a moverse durante el tiempo que transcurre desde la toma de impresión y la terminación del puente...

Por consiguiente el colado de la corona se debe terminar en los troqueles de laboratorio y ajustarla a las relaciones oclusales de los modelos montados en el articulador y se pulira con piedra pomez hasta que quede lisa y mate y más adelante se puede terminar de pulir sin ninguna dificultad, las superficies se pueden marcar facilmente con el papel de articular que es la base para visualizar puntos altos en la corona,

Se procede de la siguiente manera para examinarla:

- 1) Se retira la restauración provisional de la preparación.
- 2) Se aísla zona.
- 3) Se limpia la preparación para que no quede ningún residuo de cemento.
- 4) La corona se coloca y se revisa.

El ajuste de la corona, se realiza ubicando la corona en el diente mediante ligeros golpeteos de martillo sobre el palillo de madera colocado entre los dientes y haciendo presión sobre estos, se examinan los márgenes de las coronas y al abrir la boca el paciente se vigilara que no halla ninguna separación del borde lo que indica que el colado no está bien adaptado, en este caso se examinara el interior de la corona para detectar alguna irregularidad que apareciera bajo la forma de una superficie brillante y bruñida. Si es una zona de contacto voluminosa lo que impide el alce, se desgastara esa porción proximal hasta que se ubique el colado, si es al contrario se procederá a su construcción.

Con el extremo de un explorador se controlan las posibles sobre extensiones.

Contorno.- veremos si la corona se adapta al contorno de la sustancia dentaria, cuando cervicalmente sobrepasa este se observara una izquemia en el tejido gingival, por el contrario si hay defectos en el contorno lo advertimos mediante un examen cuidadoso y conociendo la anatomía de los dientes particularmente.

Relación oclusal.- La corona se examina en: oclusión centrada, excursiones laterales y relación centrada.

La oclusión centrada se comprueba pidiendo al paciente que cierre los dientes si hay exceso oclusal se vera a simple vista o por el ruido más sordo que se oye cuando solo hace contacto una restauración. La localización exacta del punto la haremos con la ayuda de el papel de articular colocado entre los dientes, el punto más alto de la restauración quedara marcado

do en el colado, pero las marcas del papel de articular se ve--
ran en los dientes contiguos lo mismo en el que se restaura por
lo que procedemos ha usar una lamina fina de cera para colado -
de un espesor 28, se coloca entre las superficies oclusales y -
se le pide al paciente que cierre en oclusión centrica, el pun-
to de interferencia si es que lo hay se puede observar facilmente
porque habra perforación de la cera.

Se prueba la oclusión en excurcupción lateral --
hacia la parte de la restauración y asi se examinan las rela---
ciones oclusales en posición de trabajo y balance.

La restauración o el retenedor en caso de puente
no debe haber interferencias en estas porciones si las hubiera
se sigue el mismo procedimiento anterior.

Relación centrica.- es la que se produce cuando -
los cóndilos ocupan la posición más posterior, media y superior
en la cavidad glenoidea.

La relación céntrica es la única que es reproduci
ble y estable con o sin presencia de dientes, es una posición -
funcional limite que se localiza principalmente durante la de--
glución y a veces durante la masticación.

La relación centrica y la oclusión centrica no co
inciden en la dentición humanan sana promedio.

Cementación.- Este termino se emplea para descrii
bir el proceso de usar una sustancia blanda que al endurecer --
sostiene un aparato restaurativo dental unida a otras estructur
ras o a otro aparato dental.

CEMENTACION.

Este termino se emplea para describir el proceso de usar una sustancia blanda que al endurecer, sostiene un aparato restaurativo dental unido a las otras estructuras o a otro aparato dental .

Actualmente la retención del aparato restaurativo dental depende más de factores de unión mecánica que de union adhesiva.

El cementado comprende los siguientes factores

- (1) Una corona o puente limpios
- (2) Control de dolor
- (3) Aislación del campo operatorio
- (4) Pilares secos y limpios
- (5) Colocación del eyector de saliva
- (6) Una lozeta fria y espatula
- (7) Suficiente cantidad de polvo y liquido de cemento .
- (8) Un palillo de naranja y un martillo
- (9) Un rollo de algodón para amortiguar la presión masticatoria que se ejerce sobre la corona o puente durante el cementado
- (10) Barniz cavitario
- (11) Pinsel o instrumento para aplicación de barniz

Si bien la incomodidad del cementado no es prolongada , se aplica anestesia local para la sensibilidad que ha quedado en el diente, tambien nos ayudará a disminuir el flujo de saliva, esto favorece el mantenimiento de un campo más seco durante el cementado y el fraguado .

Una vez aislados y secos los pilares algunos odo

odontologo prefieren limpiar las superficies dentarias preparadas con fenol y luego eliminarlo con una torunda de algodón embebido con alcohol y secar los piñares con aire tibio.

Investigaciones recientes indican que los así llamados agentes de esterilización no prestan ninguna utilidad y aumentan todavía más la posibilidad de una futura irritación purpur. Es suficiente limpiar con pomez para eliminar todo gragman to de material de obturación, labar y secar con aire tibio.

El cemento dentario desde el punto de vista químico no se adhiere a la superficie del diente o al metal. No hay atracción molecular, por lo tanto no se pensara que es la sustancia que mantendra al colado de su lugar, este concepto solo -- conducirá al fracaso. El cemento solo sirve solamente como material de union que ocupan lps pequeños espacios que hay entre un diente y la restauracion .

Aun en los colados perfectamente aparentes existen un pequeño espacio periferico que ocupa el cemento .

Según la teoria, el cemento toda vez que se extiende formando una fina pelicula penetra en la irregularidad de la estructura dentaria y en el lado cavitario del colado. Una vez endurecido el cemento provee un cierto grado de retención . Para mantener esta intima adaptacion y evitar la filtración, es indispensable que el cemento sea de solubilidad minima y que conserve una resistencia adecuada para evitar la fractura de esas pequeñas proyecciones del cemento.

TECNICA DE CEMENTACION

- (1) Se aplica una pelicula de cemento ala superficie interna de la corona o anclajes.
 - (2) Haremos presión digital maxima (la ubicación se completa con un palillo de naranja y un martillo)
 - (3) Se retira el eyector de saliva, se coloca un rrollo de algodón en la superficie oclusal de la corona o puente, y se le indica al paciente que cierre en centrica. No hara ningún movimiento hasta que frague el cemento, que son unos 3ó 5 minutos.
 - (4) Se quitan los rollos de algodón y se le permite un enjuagatorio al paciente .
 - (5) Se elimina el exeso de cemento que hubiera al rededop de los márgenes de la corona o de los anclajes con exploradores cinceles o raspadores .
 - (6) Se examinara la oclución nuevamente y en el caso de haber márgenes ásperos, se pule ligeramente con fresa de terminación, pomez y polvo de carburum dum N°600 que se aplica con el disco de goma en forma de copa.
 - (7) Se recubrirán los márgenes de la restauración cementada con barniz cavitario, antes de despedir al paciente ; ya que es desfavorable para el cemento de fosfato de zinc expuesto en los márgenes de la restauracion cementada ,el tener contacto inmediato o temprano con la saliva.
- Nota: No se dejara cemento en los nichos gingivales o zonas proximales ya que las particulas pequeñas de cemento queden en el surco gingival son causa de reacción inflamatoria.

C A P I T U L O V I .

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

El cuidado de la boca cuando se han colocado restauraciones protésicas .

Tiene poco sentido que el dentista utilice tiempo en diseñar, preparar y retocar las restauraciones dentales y no haga un esfuerzo equivalente por proveer sus cuidados después de la instalación en la boca del paciente.

Las restauraciones dentales funcionan tanto tiempo y tan satisfactoriamente lo permita el estado del periodonto. La enseñanza de control de placa es una parte tan importante de la restauración que se brinda al paciente como la adaptación de los márgenes, el contorno de sus superficies proximales y la oclusión. No dejar que se forme placa bacteriana ya que pone en peligro el resultado de los procedimientos de restauración.

Cuando se instalan las restauraciones el dentista y el paciente deben coincidir en un programa de control de la placa para prevenir la enfermedad periodontal. Hay que indicar al paciente que cuide de su boca por su propio bien. Debe comprender que al hacer lo que se le enseñe, prolongará la utilidad de sus dientes naturales así como la de sus restauraciones.

Se recomienda el método de cepillado dental de Bass con un cepillo de cerdas blandas ó medianas. El paciente puede usar un cepillo eléctrico según sea su capacidad de usarlo debidamente, el cepillado exagerado con movimientos horizontales — largos y cepillos duros, laceran la encía y el desgaste de la superficie dentaria y determinados materiales de restauración, el cepillado adecuado incluso hecho con vigor, no desgasta coronas o frentes plásticos.

No hay que enseñar al paciente a que "sea suave " con su cepillo para proteger la restauración, esto origina enfermedades parodontales y perdida temprana de las restauraciones y dientes restaurados .

Tecnica de cepillado.- Los cepillos son de diversos tamaños, diseño, dureza, cerdas longitud y distribución de cerdas. Un cepillo de dientes debe limpiar eficazmente y proporcionar accccibilidad a todas las areas de la boca.

La manipulación es facil por parte de el paciente es un factor importante en la elección del cepillo, el ha de cumplir los requisitoo de utilidad eficiencia y limpieza, las cerdas pueden ser de nilon ó naturales son igualmente satisfactorias, pero las de nilon concervan su firmeza más tiempo.

En todos los métodos, la boca se divide en dos secciones, se comienza por la zona molar superior derecha y se cepilla por orden hasta quedar limpios todas las superficies --- accecibles.

Método de Stiman. Modificado . Esto es cuando la accion vibratoria combinada de las cerdas en el movimiento del cepillo en el centido de el eje mayor de el diente.

El cepillo se coloca en la línea mucogingival con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona y se activa con movimientos de frotamientos en la encia insertada en el margen gingival y en la superficie dentaria. Se gira el mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve el cepillo .

Método de cepillado con cepillo electrico.- La -- accuón mecanica incluida en el cepillo afecta la manera en que se usa. En los de tipo de movimiento de arco (arriba y abajo)

jo) el cepillo se mueve desde la corona hacia el margen gingival y encia insertada y da vuelta. Los cepillos con movimiento recíprocos o las diversas combinaciones de movimientos elípticos y recíprocos se pueden usar de muchas maneras, con las puntas de las cerdas en el surco gingival, en el margen gingival, con las cerdas dirigidas hacia la corona o con un movimiento vertical - de barrido desde la encia insertada hacia la corona.

Hilo dental.- El hilo dental es un medio eficaz - para limpiar las superficies dentarias.

Existen varias maneras de usar el hilo dental, se recomienda la siguiente:

Cortese un trozo de hilo alrededor de 90 cm. y envuélvase los extremos alrededor del dedo medio de cada mano - pase el hilo sobre el pulgar derecho y el índice izquierdo - e introdúscaselo en la base del surco gingival, por detrás de la superficie distal del último diente en el lado derecho del maxilar con un movimiento vestibulo lingual firme, hacia atrás y adelante, llévase el hilo hacia oclusal para desprender todas - las aculaciones superficiales blandas. Repítase varias veces y pase al espacio interproximal mesial.

Hágase pasar nuevamente el hilo a través del área de contacto, con un movimiento hacia atrás y adelante, no se -- debe forzar bruscamente el hilo en el área de contacto por que ello lesionara la encia.

Coloquese el hilo en la base del surco gingival en la superficie mesio-proximal, límpiase el área del surco y mueva se el hilo con firmeza a lo largo de la superficie dentaria con un movimiento de atrás hacia adelante hacia el área de contacto .

trasladece el hilo sobre la papila interdientaria hacia la base del surco gingival adyacente y repitase el proceso en la superficie disto-proximal.

Prevenir las incomodidades que pueda tener el paciente despues de cementarle la unidad .- Al colocar la unidad puede tener la sensación de que le molesta para cerrar bien -- los dientes. En caso de que en los dientes posteriores persista esta molestia

trasladece el hilo sobre la papila interdentaria hacia la base del surco gingival adyacente y repitase al proceso en la superficie distoproximal.

Prevenir las incomodidades que pueda tener el paciente despues de cementar la unidad.- Al colocar la unidad - puede tener la sensación de que algo le molesta para cerrar -- bien los dientes. En caso de que en los dias posteriores persigta esta molestia se investigara.

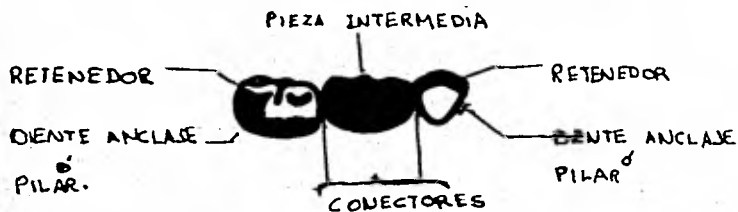
La sencibiliuad que se puede presentar.- El diente puede quedar con sencibilidad, a los cambios termicos de la boca y puede notarse dolor, pero si el paciente evita las temperaturas extremas en los dias inmediatamente subsiguientes a la cementacion, lo podra eludir.

Comprender los cambios que se le puede presentar posteriormente.- Que dependiendo del cuidado e higiene que - tenga el paciente para con su boca dependera el buen estado del molar restaurado y de los dientes en general.

Porque la unidad que se le ha cementado a sido en un medio ambiente vivo y en continuo cambio y por lo tanto tambien se debe inspeccionar a intervalos regulares.

Si la corona entera de oro ha servido como retenedor de puente, entonces habra que tener un poco de más --- cuidado pues ya no es un solo diente sino seran dos o tres dientes a los que se les ha tomado de anclajes para sosten del mismo puente.

Ejemplo: El retenedor es una restauración que asegura el puente a un diente.



La prótesis fija con sus componentes observará los mismos pasos, para el cuidado y mantenimiento de la misma.

Técnica de cepillado.

uso de hilo dental.

Incomodidades.- Ya que los dientes han estado acostumbrados a responder a presiones funcionales como unidades individuales quedando ahora unidas entre sí y reaccionan como una sola unidad. Los movimientos de los dientes cambian e indudablemente tienen que ocurrir algún reajuste estructural en el aparato periodontal.

Sensibilidad.- (explicado ya anteriormente)

Limitaciones del puente.- Las carillas son frágiles en el caso de las coronas enteras de oro con frente estético, es por esto que no debe morder objetos duros; que la salud de los tejidos circundantes depende de su cuidado diario, que se debe de inspeccionar a intervalos regulares porque es un aparato fijo el cual para mantenerla armonía con el resto de los tejidos bucales habrá que ajustarlo y se presentaran síntomas extraños hay que averiguarlos lo antes posible.

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

Del trabajo desarrollado podemos concluir que el éxito de cualquier tratamiento está en el cuidado para la elaboración de cualquier tratamiento y sobre el diagnóstico.

1) La corona entera total es una restauración de elección para la rehabilitación oral en bocas con índice de caries elevado ; ya que protege la pieza de caries una vez eliminada la misma .

2) Es una restauración útil para una corona individual o como pilar o anclaje para un puente.

3) En sus dimensiones correctas es favorable ya que devuelve a la pieza su funcionalidad original.

4) La corona entera total con frente estético también nos ayuda a devolver al diente su aspecto estético y su función correspondiente.

5) La corona total es de larga duración.

6) Se adapta perfectamente al contorno de la corona del diente, teniendo una buena retención.

7) Son útiles para devolver al paciente su oclusión correcta.

BIBLIOGRAFIA

- ESPONDA VILA, RAFAEL : ANATOMIA DENTAL .
MANUALES UNIVERSITARIOS, 5a EDI-
-CION, MEXICO 1978 .
- GLICMAN, IRVING : PERIODONTOLOGIA CLINICA .
EDIT. INTERAMERICANA , 4a EDICION
MEXICO 1974.
- JOHNSTON, PHILLIPS, DYKEMA : PRACTICA MODERNA DE PROTESIS DE
CORONAS Y PUENTES 3a EDICION.
- MCCELROY, MALONE : DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ODONTO-
-LOGICO 1a EDICION .
- MYERS E . GEORGE : PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES
3a EDICION .
- OZAWA D. J : PROSTODONCIA TOTAL
DIRECCION GENERAL DE PUBLICACION/
UNAM. 3a EDICION MEXICO 1979.
- QUIROZ G FERNANDO ANATOMIA HUMANA TOMO I
EDITORIAL, PORRUA, 20aa EDICION
MEXICO 1979.