

247 791



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

U. B. Salazar Huerta

RETENEDORES PARA CORONAS.

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

Salomé Beatriz Salazar Huerta

México, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

- I .- INTRODUCCION
- II .- HISTORIA DE LA PROTESIS FIJA
- III .- DEFINICION DE LA PROTESIS DENTAL
 - A) DEFINICION DE LA PROTESIS FIJA
- IV .- DIAGNOSTICO
- V .- RETENEDORES PARA CORONAS
- VI .- CORONA DE ORO COMPLETA
- VII .- CORONA TRES CUARTOS
- VIII .- CORONA CUATRO QUINTOS
- IX .- CORONA VEENER
- X .- CORONA PINLEDGE
- XI .- CORONA RICHMOND
- XII .- CORONAS TELESCOPICAS
- XIII .- CORONAS FUNDAS
- XIV .- CONCLUSIONES
- XV .- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El principal objetivo de todo cirujano dentista es el realizar la rehabilitación del aparato masticatorio como unidad.

La prótesis fija es un medio de rehabilitación encargado de substituir una o más piezas dentarias faltantes, devolviendo funcionalidad y estética.

La sustitución de dientes perdidos, por aparatos protésicos se ha practicado desde los primeros tiempos de la historia. En aquellos tiempos - eran puentes rudimentarios confeccionados con diferentes materiales, como madera, hueso, marfil, y - algunos dientes de otros animales.

En aquellos tiempos se buscaba que los dientes fueran, más que estéticos funcionales, en la actualidad se busca que los dientes que se substituyen sean estéticos, que cumplan con una anatomía adecuada, y sobre todo que sean completamente funcionales.

Sabemos que la pérdida dentaria se debe a diferentes factores, unos de los más comunes son; la caries, enfermedades parodontales, y lesiones traumáticas, por lo que la falta de una o más piezas dentarias debe ser substituídas tan pronto como - sea posible.

La falta de restauración de la pieza denta--

ria perdida, nos da como resultado el desequili- -
brio de las fuerzas que determinan la posición den-
taria, destruyendo así la armonía e integridad del
arco dentario, causando perturbaciones progresivas
en todo el aparato masticatorio.

Para poder llevar a cabo una correcta restau-
ración por medio de una prótesis se debe llevar a-
cabo un correcto diagnóstico, que nos permita elab-
orar correctamente una prótesis adecuada al plan-
de tratamiento a seguir.

Así la presnete tesis nos habla de un tipo -
de retenedor que existe dentro de la elaboración -
de una prótesis fija, cuyo elemento es básico para
la elaboración de la misma.

HISTORIA DE LA PROTESIS

Las prótesis dentarias fijas se realizaron - con éxito desde mucho antes del nacimiento de Cristo, esto hace más de 2000 años.

Los primeros escritos dentales que se encontraron son los Papiros Ebers, los cuales se encuentran fechados desde 3700 a.c.

Los primeros aparatos dentales se deben a la artesanía de los Etruscos y otras civilizaciones y al descubrimiento de las minas de oro de Nubia en el año de 2900 a.c.

El puente fijo se desarrolló a partir de una férula periodontal, de la cual se ha hallado un - ejemplo en una tumba (984) del cementerio de El Gizah, cerca de las grandes pirámides y la Esfinge.- Consiste en un segundo y un tercer molar inferior- izquierdo unidos entre sí por un alambre de oro.

La prótesis fija fue construida en el siglo- VII a.c. por los fenicios. Empleaban oro blando o en rollo y alambre de oro para su construcción tam- bién usaban la soldadura, impresiones y modelos, - esto último lo prueba los regalos votivos.

Eran modelos de terracota de los labios y - dientes del donador que se ofrecían a las divinidades por las curas recibidas o esperadas.

Ernesto Renán (1823 - 1982) descubrió una parte del maxilar superior de una mujer que mostraba los dos caninos y los cuatro incisivos unidos por alambre. Dos de estos incisivos parecían haber pertenecido a otra persona y habían sido insertadas para reemplazar a aquéllos que faltaban.

Esto nos demuestra que el arte dental estaba bastante avanzado en Sidón en aquellos días (1864)

Los Etruscos fueron los artesanos más habilidosos de la época. Producían puentes muy completos en las que empleaban bandas de oro soldados entre sí y púnticos hechos de dientes humanos o de animales, que se fijaban con remaches de oro.

Weinberger descubrió una prótesis dental etrusca que data aproximadamente del año 600 a.c. y en la que un par de centrales ausentes habían sido reemplazados por un diente de buey.

Es de artesanía fina y está formado por siete bandas soldadas entre sí, cinco de las cuales estaban fijadas a los dientes presentes.

Una banda había sostenido un segundo premolar artificial, la otra banda sostenía un gran diente de buey, al que se le había practicado un surco en el centro para aparentar dos dientes, éste se encontraba retenido por dos pernos.

Los romanos obtuvieron gran parte de sus co-

nocimientos sobre odontología por los etruscos y - fueron quizá los primeros que emplearon prótesis - removible.

Una de las artesanías romanas que fueron descubiertas en el año 300 a.c. prueba que la corona de oro ya se usaba en el primer siglo a.c.

Pierre Fauchard (1678 - 1761) considerado como el fundador de la odontología, describe tanto las técnicas operatorias como la confección de la prótesis.

Empleaban tiras de oro previamente esmaltado y que remachaba luego al hueso, como diente artificial.

Tallaba además conductos radiculares para colocar pivotes hechos de oro y plata, que servían para retener coronas y dientes hechos de hueso.

El trasplante y el reimplante fueron comunes en el siglo XVIII Phillip Plaff descubrió por primera vez la toma de una impresión, usando una técnica con el empleo de una mezcla de cera de abeja, goma, laca y plomo blanco.

La porcelana fue un material utilizado por primera vez hacia fines del siglo XVIII, aunque eran sumamente frágiles.

Desde entonces hasta la actualidad se ha he-

cho un progreso notable referente a los colores. - Los dientes de porcelana a tubo se usaron por primera vez en 1832.

La construcción de puentes fue descrita por J.B. Gariot, de París en 1805 y fue la primera persona que mencionó el uso del articulador para este fin.

Hacia a fines del siglo XIX había sido asimilada una gran parte de la construcción de puentes modernos, si bien no se disponía de equipo y material necesario para construir prótesis en alto nivel, en el que es posible realizarlo hoy.

Ya en ese momento se discutía sobre el uso-- de puentes fijos.

Harris diseñó puentes fijos para lo cual trabajó mucho, logró asegurar una adecuada retención-- con el uso de coronas completas, de perno, reforzadas con polleras de oro y, a menudo, trataba sus --incrustaciones con oro cohesivo.

Los logros obtenidos en los últimos 100 años han simplificado en gran medida la producción de -- los puentes. Entre aquellos el más importante es-- el de nuestra capacidad para proveer una profunda-- analgesia que permite el diagnóstico radiológico y una adecuada preparación del paciente.

El perfeccionamiento de los tornos dentales--

con una mejora correspondiente en las fresas y piezas duras que se emplean, desde las fresas de péndulo, el torno a pedal, los eléctricos de baja y luego de alta velocidad y finalmente las turbinas de aire, han hecho del tallado de los dientes un procedimiento bastante cómodo y no requiere de mayor esfuerzo.

Los avances más recientes en la prótesis de puentes incluyen el empleo de las porcelanas aluminicas y las porcelanas que se funden sobre el metal que proveen una resistencia más considerada, que cualquiera de los materiales anteriores.

Todos estos adelantos simplifican muchísimo la construcción de los puentes y se han combinado para permitir su colocación con un mínimo de molestias al paciente.

A esto se debe que durante los últimos 20 años se haya multiplicado tanto la demanda de las prótesis fijas.

DEFINICION DE LA PROTESIS DENTAL.

La prótesis dental, es la rama de la odontología que se encarga de reemplazar por medio de -- sustitutos artificiales, a los dientes y estructuras adyacentes.

La prótesis tiene como fin, llevar a cabo - las funciones de masticación, fonética, estética y además corregir deficiencias que provoca el desdentamiento.

A) DEFINICION DE PROTESIS FIJA

La prótesis fija es una dentadura protésica- que va rígidamente unida a uno o más dientes que - se utilizan como pilar, reemplazando así uno o más dientes ausentes, devolviendo su función y estética, este tipo de prótesis no puede ser retirado para su aseo, ni inspección. Se encuentra formado - por cuatro partes que son: retenedor, p^óntico, co- nector y pilar.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico consiste en el reconocimiento de una anomalía y una investigación concienzuda de la presencia de un cuadro patológico y la causa - por la cual se ha producido.

El tratamiento, o corrección se basará en el estudio del cuadro sin omitir ningún factor.

Los requisitos necesarios para un buen diagnóstico para poder seleccionar el tratamiento adecuado son:

Un estudio minucioso del cuadro clínico.

Valorar las condiciones de los dientes remanentes y sus estructuras de soporte, valorando también estética y retención del tallado de anclaje - sobre los pilares.

Valorar la oclusión de los arcos, con la capacidad máxima de soporte de la carga de las estructuras protéticas.

Elección adecuada, si el caso así lo requiere, de un método restaurador que cumpla con los requisitos estéticos que exige el paciente tanto como su índice de caries, higiene bucal, y la cooperación que se espera.

Un plan de tratamiento que posibilite satisfactoriamente estos requisitos.

CORONA ENTERA DE ORO.

La corona entera de oro se utiliza como restaurador individual o como anclaje de puente. El anclaje es una restauración que reconstruye un diente pilar preparado, y cuyo objeto es unir el puente al anclaje. Se talla el diente pilar con el fin de proveer lugar para la estructura metálica. Esto ha de realizarse sin llegar a que el diente restaurado no corra el peligro de lesionar pulpa, fracturarse o ser factor de posible caries. Deben ser biológica y estéticamente aceptables tanto el anclaje como la restauración individual.

La función, la comodidad y la mejora o mantenimiento de los tejidos circundantes deben persistir después de la instalación de la restauración de cualquier tipo.

INDICACIONES:

La corona de oro entera está indicada en todos aquellos dientes que no se pueden restaurar por otros medios para devolverles su capacidad funcional y contorno anatómico.

Se utiliza como anclaje de puentes cuando el índice de caries o los esfuerzos, torsión o palanca contraindican la corona tres cuartos, la incrustación a pins.

En las rehabilitaciones completas, en dientes que deben ser ferulizados o que recibirán retenedores o attaches de precisión para el soporte y retención de una prótesis parcial removible, será la restauración de elección a causa de su resistencia, duración, resistencia a fuerza de dislocantes, protección contra caries y porque da lugar al remodelado de su anatomía y oclusión. Cuando es primordial la estética, se indica una corona de oro con frente de resina acrílica o porcelana.

CONTRAINDICACIONES:

La corona de oro completa se contraindica, si la oclusión es adecuada en bocas de índice de caries bajo o cuando la restauración necesite solamente un mínimo de anclaje. Estas condiciones hacen factible la aplicación de preparaciones menos extensas que permitan preservar el esmalte vestibular.

La corona de oro completa tiene algunas pequeñas desventajas, como la visibilidad del metal, impide el control de la vitalidad, exige reforzar las medidas profilácticas para evitar la corrosión y a veces produce efectos desfavorables sobre los tejidos blandos.

PREPARACION:

Las preparaciones para coronas enteras son las que más se pueden alejar del diseño clásico, y

conservar sus propiedades de retención. Por la distinta dirección de los ejes mayores de los pilares será necesario tallar paredes convergentes.

1' PASO: SUPERFICIE MESIAL Y DISTAL

Por lo general se realiza con un disco de diamante o con un disco de carborundum. Después de considerar las necesidades del patrón de inserción, estos cortes se realizan sobre o por dentro del reborde marginal de la superficie oclusal y se extenderán en línea recta hasta la cresta gingival sin que se produzcan convexidades o concavidades en las paredes.

2' PASO: SUPERFICIE VESTIBULAR Y LINGUAL

Por vestibular tanto de los dientes superiores como inferiores y por lingual de los superiores bien alineados, el corte seguirá las convexidades de la superficie con una profundidad aproximada de 1 mm. El desgaste lingual de dientes inferiores estará en armonía con el patrón de inserción. Los desgastes tanto vestibular como lingual se hacen llegar hasta la línea gingival o cervical.

3' PASO: SUPERFICIE OCLUSAL

La reducción oclusal se realiza a nivel de los surcos oclusales con una profundidad de 1 mm.-

Se eliminará caries si ésta se encuentra penetrada en el esmalte, la profundidad de 1 mm se hará siguiendo los planos cuspídeos.

4' PASO: Es el redondeamiento de los ángulos diedros hasta desaparecer las aristas agudas. Se alisan las cuatro aristas triangulares que se forman en las zonas cervical de modo que la línea gingival sea nítida y continua siguiendo la anatomía del borde gingival. Este tallado se realizará con una piedra troncocónica larga de diamante, este bisel se hará de una profundidad de 1 mm aproximadamente por debajo del margen gingival.

En las coronas completas se emplean diversas terminaciones.

1.- El muñón sin hombro; en la cual la pared axial de la preparación cambia su dirección y continuidad y esta misma se continúa con la superficie del diente.

2.- El terminado en bisel; en el cual se hará bisel en el margen gingival o cervical de la pared axial del muñón.

3.- El terminado en hombro o escalón; en el cual el margen cervical termina con un hombro en ángulo recto, y con un bisel en el ángulo cabo superficial.

CORONAS TRES CUARTOS

Como su nombre lo indica cubre aproximadamente $3/4$ partes de la superficie coronal del diente. Se usa en dientes anteriores y posteriores, superiores e inferiores, se encuentra cubriendo todas sus caras a excepción de la cara vestibular.

La retención en este tipo de coronas se obtiene por medio de surcos o cajas proximales que se unen generalmente en la superficie oclusal o in cisal.

Se utiliza como restaurador de dientes individuales, y como retenedor de puentes.

En la restauración de un solo diente, la corona tres cuartos está indicada cuando la caries afecta las superficies proximales y linguales, ya sea directamente o por extensión, y la cara vestibular esté intacta y en buenas condiciones estéticas.

Esta restauración ofrece fijación máxima y muy buena protección al resto del diente y preserva la estética normal de la superficie vestibular; se elimina menos substancia dentaria y se descubre dentina.

INDICACIONES:

En dientes libres de caries y de obturaciones, ya que se obtiene una buena retención con un mínimo de tallado.

Cuando la enfermedad parodontal trae como consecuencia la pérdida de tejido de soporte, y el aumento de tamaño de la corona clínica de los dientes.

CONTRAINDICACIONES:

Este tipo de preparación está contraindicado en dientes de coronas clínicas cortas.

En dientes con paredes coronales muy inclinadas.

Cuando existe mal posición o mal alineamiento dentario.

Cuando exista una gran susceptibilidad a la caries.

En dientes muy delgados.

PREPARACION DE LAS CORONAS TRES CUARTOS EN DIENTES ANTERIORES.

Existen diferentes técnicas para elaborar este tipo de coronas. La eliminación inicial de - - sustancia dentaria.

1' Se reduce el borde con una piedra de diamante cilíndrica de paredes inclinadas, haciendo - un bisel de 45 grados aproximadamente con el eje - mayor del diente.

La posición del margen Vestíbulo incisal determina la protección que la restauración puede - ofrecer al diente, casi siempre se termina la preparación en la unión del borde incisal y la superficie vestibular, así se obtiene la mejor protección posible con un mínimo de exposición de metal.

2' La superficie lingual se desgasta desde la zona incisal hasta la cresta del cingulo con - una fresa de diamante fusiforme, conservando el - contorno de sus bordes y respetando la más posible el cingulo, para conservar tejido dentario, la cara lingual de la preparación queda con dos superficies planas, una a cada lado de la cresta central - que se extienden hasta las crestas proximales en - dirección vestibular rebasando las zonas de contacto para que queden en áreas inmunes, dicha exten-sión debe ser mínima para evitar la exposición de metal, ya que va de por medio la estética.

El espacio libre con los dientes antagonis--tas se comprueba con cera en relación céntrica.

3' La superficie proximal abierta se talla con una punta de diamante de paredes inclinadas extendiéndose hasta vestibular. La superficie proximal de contacto con una piedra de diamante puntia-guda o con un disco de carburo de acero.

4' Se inicia la rielera incisal con una fresa de diamante de cono invertido en los tercios medios y lingual, quedando así el borde vestibular - para que ocupe el metal y no haya visibilidad en - la zona incisal del diente. La rielera proximal - empieza en los extremos de la rielera incisal, y - su dirección se establece de acuerdo con la línea- de entrada general del puente, hasta terminar a -- 0.5 mm del borde cervical.

5' Para terminar, se alisan todas las pare-des, con una piedra de carburo, redondeando los ángulos incisales y el ángulo formado por la pared - del cñgulo y la cara lingual.

PREPARACION DE LA CORONA TRES CUARTOS EN DIENTES - POSTERIORES.

Esta corona en dientes posteriores también--recibe el nombre de corona cuatro quintos, por cu-brir las superficies oclusal, lingual, mesial, y - distal.

Esta corona tiene dos formas de preparación - en forma de caja o en forma de surco.

PREPARACION.

Se talla la superficie lingual con una fresa de diamante cilíndrica de paredes inclinadas para retirar los bordes axiales, establecer una inclinación conveniente con la dirección de entrada de la restauración y del puente y permitir colocar metal en el tercio oclusal.

Se continúa el desgaste de la cara oclusal, - tallando la cúspide vestibular y la lingual dete-- niendo el tallado antes de la línea terminal - - ideal.

Se continúa con la cara proximal usando un - disco de carborundum desgastando hasta la cara lin- gual, conservando una capa delgada de tejido entre la fresa de diamante de punta y el diente contiguo para proteger la zona de contacto y se continúa - tallando hasta la línea terminal vestibular.

Para terminar la preparación se aseguran máx- genes fuertes de esmalte y líneas terminales bien- definidas, se alisan las paredes internas y la pa- red lingual, los ángulos mesiodistales axiales y - la línea terminal con una fresa de pulir

LA PREPARACION EN FORMA DE SURCO: Es más --

conservadora y se caracteriza por tener solo una ranura.

Su preparación es igual que la anterior con la diferencia que en lugar de cajas, se tallan surcos proximales, la anchura de estos se hace mediante tallados laterales con la fresa y varían entre 1 y 2 mm. Se continúan con el surco oclusal que va a unirse con los proximales utilizando una fresa pequeña en forma de lenteja; y se biselan todos sus ángulos.

CORONA VEENER

Es una corona completa con frente estético - que concuerda con el color de los dientes conti- - guos. Este tipo de corona se puede usar en los -- dientes superiores e inferiores anteriores princi- palmente por la importancia de la estética.

INDICACIONES:

Se indica cuando el diente de anclaje está - muy destruído por caries especialmente si se en- - cuentran afectadas varias superficies del diente.

Cuando el diente de anclaje ya tiene restau- raciones anteriores.

Cuando la situación estética es deficiente - por algún defecto de desarrollo.

Cuando los contornos axiales del diente no - son satisfactorios, desde el punto de vista funcio- nal, y se tiene que reconstruir el diente para lo-- grar mejor su relación con los tejidos blandos.

Cuando un diente se encuentra inclinado con- respecto a su posición normal.

Cuando hay que modificar el plano oclusal y- se hace necesario la confección de un nuevo contor- no en toda la corona.

CONTRAINDICACIONES:

En dientes jóvenes, por la proximidad de la pulpa a las paredes debido a la gran expansión de los cuernos pulpares.

En dientes libres de procesos cariosos.

PREPARACION DE LA CAVIDAD

1.- Con una fresa en forma de rueda de coche, se desgasta el borde incisal, deslizando la fresa de mesial a distal, hasta que la corona quede reducida una quinta parte de su longitud normal. El borde incisal se termina dando lugar a que pueda recibir las fuerzas en ángulo recto.

2.- Se reduce la superficie vestibular con una fresa cilíndrica de diamante, manteniendo su eje longitudinal paralelo al eje mayor del diente, hasta formar un hombro en el margen cervical, con una anchura aproximada de 1 mm. Cuanto más ancho sea el hombro más espacio se tendrá para la restauración.

3.- La zona de contacto mesial se talla con una fresa de diamante en forma de flama, se aplica contra el esmalte vestibular para hacer un tajo, a lo largo del área de contacto, la fresa se coloca paralela al eje longitudinal del diente y orientada de modo que el límite cervical del corte quede muy aproximado a la enca. Se debe lograr una in-

clinación de 5 grados en la preparación, en algunos casos es necesario aumentar la inclinación de un lado para acomodar la dirección general de entrada del puente en relación con las otras preparaciones de anclaje; se debe evitar una inclinación innecesaria de las paredes proximales ya que esto disminuye las cualidades retentivas de la restauración.

4.- La cara lingual se talla con una fresa de diamante fusiforme para desgastar las áreas cón cavas, y la fresa cilíndrica se utiliza para reducir las regiones del tubérculo lingual y para continuar la superficie lingual con las superficies proximales. Se desgasta hasta que permita que se pueda colocar oro de 0.3 a 0.5 mm de espesor.

Esta superficie termina en la parte cervical en bisel o sin hombro.

5.- Las cuatro aristas de los ángulos axiales se redondean con una fresa cilíndrica y se hace un escalón vestibular.

6.- El escalón se hace desde vestibular a proximales y en bisel o en hombro en lingual. El escalón se hace con una fresa de fisura de carburo # 171, la primera parte del escalón se talla junto a la encla libre, hacia la parte incisal para no afectar el epitelio, este escalón va de 1 a 1.5 mm por debajo de la encla, si éste no es tallado suficientemente por debajo de la encla, el borde cervical del metal quedará expuesto a la vista.

7.- La misma fresa se utiliza para formar el escalón de las paredes proximales, aquí también se talla el escalón próximo al borde gingival. Se -- usará después una fresa de punta cortante, a baja- velocidad para llevar el escalón por debajo del - surco gingival.

8.- El ángulo cabo superficial del escalón - vestibular se bisela para facilitar la adaptación- final del borde del metal de la corona. Se exami- nan todas las líneas angulares y se redondean, es- to se realizará con un disco de diamante, carborun- dum o lija.

9.- Al terminar la preparación se suavizan - los bordes con un disco de lija y un poco de crema de cacao con el fin de que los canalículos se cie- rren y se barniza con barniz de copal.

CORONA PINLEDGE

Este tipo de retenedores combina en forma - adecuada la retención con una estética excelente, - pues el metal queda a la vista en la parte vestibular del diente. La retención se logra en la superficie lingual del diente por medio de tres o más - pins, que penetran siguiendo la dirección general - del eje longitudinal del diente.

INDICACIONES:

Como accesorio secundario de puente con el - objeto de incluir dientes adicionales en la base.

Como auxiliar para la retención de porcelana sintética en caries avanzada, desgastes fracturas, etc. en que se necesite un anclaje mayor que las - que ofrecen las paredes del diente.

Como protector cuando las superficies linguales de los dientes anterosuperiores, desgastados - necesitan solamente una protección.

Como ayuda en la estabilización post-operatoria en procesos periodónticos.

Como anclaje de dentaduras parciales.

PREPARACION

1.- Se cortan las superficies proximales co-

mo para la corona tres cuartos, con una fresa de carburo.

2.- Se reduce la superficie lingual y se bisela el reborde incisivo para aliviar la oclusión en todas las posiciones.

3.- Usando una piedra cilíndrica montada se cortan dos escalones horizontales hasta pasar un poco el límite esmalte dentina.

4.- Se hacen tres ranuras cilíndricas verticales en dirección labial y la base se continúa en el escalón.

5.- Se perfora un orificio en el piso del escalón, en el centro, entre el reborde lingual del escalón, y la pared labial de la ranura, el canal se hace con una fresa redonda con una profundidad de 2 mm siguiendo el eje longitudinal del diente.

6.- El terminado cervical de la preparación puede ser sin hombro o en bisel. El terminado sin hombro es el que permite mayor conservación de tejido, y el terminado en bisel proporciona una línea final más fácil de descubrir y más espesor en la parte cervical de la preparación.

CORONA RICHMOND

Corona Richmond con espigo; ha sido utilizado en gran variedad de formas; en ella se pueden usar gran variedad de facetas, de resina acrílica, como de porcelana. Últimamente se han utilizado cada vez más la corona colada con muñón y espiga, que es más fácil de confeccionar y más flexible en lo que respecta a su mantenimiento y adaptación a los cambios de condiciones bucales.

Corona con muñón y espiga; se usa en anteriores y premolares superiores e inferiores, como anclaje de puentes y como restauración individual.

La preparación del diente consiste en eliminar todo lo que queda de la corona, y la conformación de la cara radicular. Los márgenes de dicha cara, se llevan por debajo de la encla en los bordes vestibular y lingual, aunque este último se puede dejar más coronal en relación con la encla si se desea. Se deja un hombro alrededor del muñón colado con anchura mínima de 1 mm; se termina con un bisel de 45 grados si se va a colocar una corona Veener, y sin bisel cuando se trata de un Jacket de porcelana. Se alisa el conducto radicular, (con tratamiento de conducto previo) se dejarán paredes inclinadas; su longitud por lo menos igual a la de la corona clínica del diente y más largo si se lo permite la longitud de la raíz. El muñón puede hacerse directamente en la boca, o indirectamente en un troquel sacado de una impresión.

CORONAS TELESCOPICAS

La corona telescópica es una modificación de la corona completa construída en dos partes.

Una parte de la cófia que se ajusta sobre el muñón, la otra parte, la corona propiamente dicha, se ajusta sobre la cófia.

Hay muchas variedades y modificaciones. La cófia es de oro colado o una corona Veener.

La corona telescópica se aplica en dientes con gran destrucción coronaria, y la cofia se construye primero para restaurar parte de la corona - en cuanto a su forma, antes de tomar la impresión-final sobre la cual se confeccionará el puente.

También se emplea cuando hay que construir--puentes muy grandes que tienen que fijarse con un cemento temporal, para poder retirarlos de vez en cuando. Si el diente se afloja en uno de sus pilares sin que lo note el paciente, el diente de anclaje queda protegido por la cófia que queda cementada en forma permanente, también se utiliza este tipo de coronas para alinear dientes inclinados - que tienen que servir como pilares de puentes.

La preparación de la corona en el diente puede ser sin hombro, en bisel sin hombro, y hay que dejar más espacio libre oclusal que en los muñones para coronas completas comunes, la cofia se confecciona en cera en el troquel y en el laboratorio.

Para facilitar la manipulación y el colado - se puede hacer más gruesa que lo necesario. La forma final y el espesor definitivo, se obtienen bruñendo la cofia de oro colado.

Cuando se ha conseguido la forma final se - vuelve a colocar la cofia en el troquel, se encera la corona sobre ella, se retira y se cuela como - unidad separada. El puente se termina en el modelo y se prueba la cofia y el puente en la boca haciendo los ajustes que sean necesarios. La cofia - se cementa primero y después el puente.

CORONA FUNDA DE PORCELANA

Este tipo de corona solucionaba en numerosos casos de reconstrucción y solo está contraindicada por la fragilidad de la porcelana, por ser excesiva la fuerza que soporta la corona, como sucede en los casos de mordida de borde a borde o bruxismo. La corona funda deberá colocarse aunque el tejido remanente sea fuerte; cuando el diente esté decolorado, también en los casos con fracturas totales de borde, o fracturas cuya forma no permitan la confección de una obturación combinada parcial, también se indica en los dientes desvitalizados si el tejido remanente es débil.

La preparación del muñón es similar y se asemeja a la preparación para coronas totales o combinadas con frente estético, solo que en este tipo de preparación el escalón se interrumpirá en la mitad de las caras proximales, y la preparación terminará en bisel en el resto del muñón porque la dureza del metal lo permite.

En cambio la porcelana es frágil exige parecido espesor en toda la preparación con respecto a la extensión del muñón, por este motivo el hombro o escalón deberá seguir el contorno de la encla.

Los pasos iniciales a seguir para la preparación del muñón son similares a la preparación de una corona total con frente estético pero al des--

gastar la zona del cingulo con piedra cilíndrica de diamante, se va tallando el escalón gingival, - el cual se perfeccionará posteriormente junto con el resto del escalón con fresa cilíndrica de corte terminal.

CONCLUSIONES

En la elaboración de una prótesis dental fija es de suma importancia el analizar con sumo cui dado nuestra historia clínica, para poder establecer un buen diagnóstico y con ello un tratamiento adecuado, pues de ello depende el éxito del mismo.

Además es necesario también tener un conocimiento de la anatomía facial y de la anatomía dental de cada caso en especial, para que con ello se alcance una rehabilitación total, devolviendo la funcionalidad masticatoria y estética.

Cuando se conduce la profesión con conciencia, no podemos dejar de observar las graves responsabilidades y obligaciones que debemos afrontar, pues nuestro deber está en proteger la salud general de nuestro paciente, y sobre todo salvaguardar la integridad de los órganos de la masticación.

Para lograr el éxito debemos tomar en cuenta cada uno de los conocimientos adquiridos, el planeamiento de cada caso y así realizar un trabajo oportuno y adecuado.

BIBLIOGRAFIA

- BEAUDREAU DAVID E. -- ATLAS DE PROTESIS FIJA
EDIT. MEDICA PANAMERICANA
PRIMERA EDICION 1978, ARGENTINA
- D.H. ROBERTS - - - - PROTESIS FIJAS
EDIT. MEDICA PANAMERICANA
EDICION 1979
- JOHONSTON-PHILLIPS-
DIKEMA - - - - - PRACTICA MODERNA DE PROTESIS
DE CORONAS Y PUENTES.
EDIT. MUNDI S.A.I.C. Y F.
EDICION TERCERA
- MUERS GEORGE E. - - - PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES
EDIT. LABOR
5a. EDICION 1979 BARCELONA -
ESPAÑA
- RIPOL G. CARLOS - - - REHABILITACION BUCAL
PRIMERA EDICION 1970