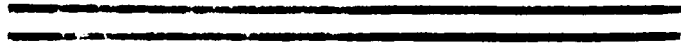
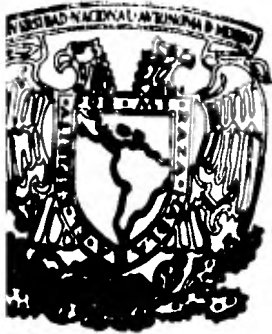


24/33

Universidad Nacional Autónoma de México



**CONOCIMIENTOS BASICOS PARA
UNA PROTESIS FIJA**

TESIS PROFESIONAL

**PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

Marco Antonio Alonzo Tenorio



1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

S U M A R I O

INTRODUCCION.

CAPITULO I:

- a) Ventajas de prótesis fija.
- b) Indicaciones de prótesis fija.
- c) Contraindicaciones de prótesis fija.

CAPITULO II:

- a) Componentes de una prótesis fija.
- b) Retenedores.
- c) Ponticos.
- d) Conectores.
- e) Pieza pilar soporte.

CAPITULO III:

- a) Diseño de prótesis.
- b) Selección de cada una de sus partes.

CAPITULO IV: CORONAS CON MUÑON Y ESPIGO.

- a) Plan de tratamiento.
- b) Historia clínica general.
- c) Estado bucodental.
- d) Tratamiento dental preprótesico. (Operatoria y Profilaxis).
- e) Estudio y diseño de la prótesis.
- f) Estudio radiográfico.
- g) Técnicas de anestesia empleadas.
- h) Uso de dique de goma.
- i) Tratamiento endodóntico en un sólo conducto.

-) Modelos de estudio y provisionales.
-) Elaboración de las preparaciones en boca.
-) Técnicas para confeccionar los patrones (con cera, con -
duralay).
-) Impresiones definitivas.
-) Elaboración de las coronas venter definitivas, prueba y
cimentado.

IBLIOGRAFIA.

T I T U L O .

CONOCIMIENTOS BASICOS PARA UNA PROTESIS FIJA.

Introducción.-

La protesis fija ocupa un lugar muy importante dentro de la odontología, ya que gracias a la prótesis podemos realizar infinidad de trabajos y estudios de las anomalías dentales de un paciente, para restaurar, no sólo la fisiología bucodental, sino también, el aspecto físico, estético y psicológico del mismo, y una satisfacción tanto del paciente - como del cirujano dentista.

El odontólogo general deberá tener los conocimientos básicos y la practica diaria de la protesis restauradora, - ya que en esta época tiene un gran uso, y gracias a los adelantos de la misma podemos hacer el tratamiento ideal para restaurar una boca en malas condiciones.

Las técnicas modernas y los materiales usados en la -- construcción de protesis han alcanzado un gran avance y resultados satisfactorios, y se han podido solucionar problemas que anteriormente sólo tenían solución por medio de la exodoncia. Otras ramas de la odontología se han ligado íntimamente con la prótesis, como son la Endodoncia, Parodoncia, la Operatoria Dental.

Con las cuales se hacen trabajos de restauración de -- gran precisión y de excelentes resultados.

Para reemplazar dientes perdidos o afectados en su estructura, se utilizan diversas técnicas protésicas, como -- son;

La protesis fija, la protesis total, la protesis removable, aparatos de semi precisión,

C A P I T U L O I .

ventajas de Prótesis Fija:

Dentro de la clasificación de la prótesis, la prótesis fija tiene sus indicaciones y sus contraindicaciones; a continuación se mencionan las indicaciones para realizar cualquier tipo de prótesis fija.

Los puentes fijos van unidos firmemente a los dientes y no se pueden desplazar, y no existe el peligro de que el paciente los pueda perder o bien tragárselos: muchas veces es difícil que el cirujano dentista pueda retirar de la boca la prótesis, debido al perfecto sellado de la misma y a la adhesión de sus partes por medio del cemento a las estructuras dentarias; lo que permite una mayor resistencia a las fuerzas funcionales y de la masticación.

Los puentes fijos se parecen en su forma anatómica, y en color a los dientes naturales y no presentan aumento de volumen o interferencias que puedan afectar las relaciones dentobucales y oclusales.

No presentan anclajes que se muevan sobre la superficie del diente durante los movimientos funcionales evitándose así, el desgaste del tejido dentario y el desajuste de la misma prótesis.

Tienen una acción de férula sobre los dientes en que van cementados protegiéndolos de las fuerzas funcionales y tangenciales. Transmiten a los dientes las fuerzas funcionales de manera que estimulen favorablemente a los tejidos de soporte.

Los materiales con los cuales están hechos son más resistentes que los usados en otro tipo de prótesis, evitándose así la fractura o desequilibrio de la prótesis en general.

Existen casos en los cuales no es recomendable colocar una prótesis fija. La prótesis fija está indicada en aquellos casos en que se reúnan los siguientes requisitos:

1.- Que sea una persona joven, ya que soportará las técnicas empleadas para la realización de una prótesis fija que una persona de edad avanzada, no queriendo decir con esto que esté contraindicada la prótesis fija en éste tipo de personas.

2.- Que el paciente no padezca de enfermedades sistémicas.

3.- Que la pieza o piezas pilares tengan un buen tejido de soporte y sano.

4.- Que la raíz de la pieza pilar sea de preferencia larga por lo menos $2/3$ partes de la longitud de la corona.

5.- Que el espacio por substituir sea corto.

6.- Que presente un buen estado de salud de la boca y sus tejidos.

7.- Que se tengan buenos hábitos de higiene bucal.

8.- Que las piezas pilares tengan una buena posición dentro del arco dentario.

Las indicaciones antes mencionadas son de vital importancia en el tratamiento de prótesis fija, ya que al reunirse todos estos requisitos el tratamiento responde más favorablemente a las técnicas empleadas como lo es el caso de el binomio endodoncia y prótesis y de un resultado satisfactorio.

Para verificar los requisitos antes anotados es necesario hacer un buen estudio de nuestro paciente y de su estado parodontal y bucal en general, para poder así diseñar un tratamiento adecuado correlacionando los datos y elaborando cuidadosamente las técnicas empleadas para obtener un plan de tratamiento adecuado.

Contraindicaciones de Prótesis Fija.

Un puente es ya contraindicado:

1.- Cuando el espacio para ser llenado es de tal longitud que la carga adicional generada de la oclusión de los púnticos pueda dañar la salud de los tejidos, alrededor de

los dientes que van a ser designados como pilares.

2.- Cuando la longitud del espacio requiere por rigidez una trabe de tales dimensiones que las abrazaderas serían demasiado reducidas en superficie y el tejido fundamental - sobreprotegido.

3.- Cuando una prótesis previa ha demostrado que la mucosa asociada reacciona desfavorablemente a tal medio ambiente.

4.- Cuando la región anterior ha sufrido tal pérdida de proceso alveolar que los p^ónticos en la prótesis fija van a ser excesivamente largos y antiestéticos.

5.- Cuando la prótesis fija ocluya con dientes naturales o con otras prótesis fija solamente en un extremo o a menos de la mitad de su longitud.

6.- Cuando la persona presenta un aspecto demasiado - largo entre los pilares.

7.- Cuando existe movilidad de las piezas pilares o - bien exista enfermedad parodontal.

Un puente debe ser construido de tal manera que venga a sustituir la forma del arco y su oclusión. La forma y la longitud de la raíz de un diente pilar debe de contar con - ciertas especificaciones. Una raíz larga, aplanada, con la dos paralelos, es vital para un buen pilar. Cuando la raíz es redonda o cónica, la estabilidad del diente vendrá siendo pobre y cuando está acompañada de una raíz corta, la parte terminal de la prótesis fija no deberá erigirse sobre un - solo diente.

Cuando los pilares seleccionados tienen exposición de la raíz y son sensibles y no pueden cubrirse por los retenedores, la construcción de un puente a menudo está contraindicada, porque el aumento de tensión puede agravar dicha sensibilidad.

Usualmente el problema debe ser solucionado con una - prótesis removible con ganchos bilaterales y cuidar la resorción de las raíces.

C A P I T U L O II.

Componentes de una Prótesis Fija.

La prótesis fija de varias partes, las cuales deben de llenar una serie de requisitos para que dicha prótesis sea perfecta. Cada uno de los componentes de un puente fijo tiene una función y característica diferente, que en suma reúnen las condiciones ideales para una buena restauración.

Los principales componentes de una prótesis fija son:

- a) Retenedor.
- b) Póntico o pieza intermedia.
- c) Conector.
- d) Pieza pilar.

El Retenedor.- Es una restauración que asegura el puente a un diente o pieza pilar.

En una prótesis fija simple existen dos retenedores, uno a cada extremo del puente. Hay que tener cuidado en la elaboración de los retenedores, poniendo cuidado y atención de las cualidades retentivas de las preparaciones, porque las fuerzas desplazantes que transmite el puente a los retenedores son mayores que las fuerzas que caen sobre una restauración individual (incrustación).

La pieza intermedia unida a los retenedores actúa en forma de palanca y aumentan las fuerzas de la oclusión que se transmiten a los retenedores y a los dientes soporte, por lo que se deduce que las posibilidades de que se desaloje un retenedor de una prótesis fija es mayor que si se tratara de una incrustación.

Al desplazarse un retenedor puede traer graves problemas como es, que se desaloje y se caiga toda la prótesis, alterarse las preparaciones de la pieza pilar, tornándose por lo tanto que realizar de nuevo todo el trabajo.

La retención de un puente fijo es por lo tanto uno de los principales requisitos que debe de cumplir todo retenedor.

La naturaleza de las fuerzas que soporta un diente y un puente tiene mucho significado en el diseño de los retenedores que debe contrarrestar las fuerzas; ya que el diente se inclina según la dirección de la fuerza.

Durante el acto de la masticación de la interposición de los alimentos completa la dirección de las fuerzas sobre los dientes y éstos se mueven en distintas direcciones, además del característico movimiento mesial que siguen todos los dientes.

Los distintos pilares de una prótesis fija deben responder a las fuerzas funcionales como una unidad, y las presiones resultantes en la prótesis se distribuyen ampliamente. El punto débil de una prótesis fija es el sellado del cemento; los cementos dentales no son adhesivos y no forman una unión molecular íntima con el retenedor, los cementos mantienen al puente en su sitio por engranaje mecánico, si las fuerzas que actúan sobre el cemento son muy intensas éste se romperá y el puente se desalojará.

Los cementos dentales poseen gran resistencia a la compresión, pero muy poca a la tensión y a las fuerzas tangenciales, es importante, por eso, diseñar los retenedores de modo que transmitan las fuerzas funcionales al cemento en forma de fuerzas de compresión y no de tensión.

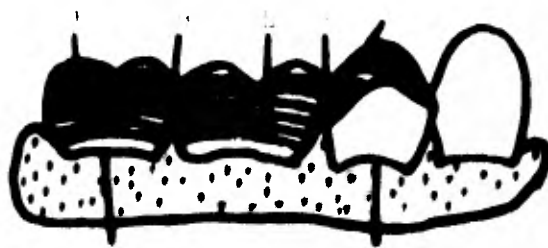


Fig. 1.- Puente de 3 unidades, mostrando sus componentes A, Piezas Pilares, ..., B, Conectores, ..., C, Pontico, ..., D, Retenedores.

Los retenedores deben de llenar una serie de requisitos:

- a) Retención para soportar las fuerzas y no se desalocen, manteniendo así un equilibrio de la prótesis.
- b) Resistencia para oponerse a la deformación producida por las fuerzas funcionales.
- c) Estética para que no se refleje el material con el cual están hechos.
- d) Factores biológicos como son el no rebajar demasiado el diente pilar conservando el tejido dentario y sano, sus límites con el tejido gingival, reconstruir bien los puntos de contacto, si el desgaste debe ser amplio deberán protegerse las cúspides y la vitalidad pulgar, haciendo en ciertos casos el tratamiento endodóntico.
- e) Facilidad de preparación, usando el instrumental y la técnica adecuada a cada uno de los distintos tipos de retenedores.

También los retenedores se clasifican de acuerdo a la cantidad de tejido que abarquen y son:

Retenedores Intracoronaes.- Que son los que penetran profundamente en la corona de los dientes y son básicamente preparaciones para incrustación tipo onley, M. O. D., III Clase etc.

Los Retenedores Extracoronaes.- Son los que penetran menos en la corona de los dientes como son: la 3/4, 4/5 coronas totales, etc.

Los Retenedores Intraradiculares.- Que se utilizan en los dientes desvitalizados que han sido tratados previamente con el tratamiento endodóntico, obteniéndose la retención por medio de un perno mufion que se aluja en el interior del conducto radicular como son las coronas Richmound.

En el tema de ésta tesis se tratán muy especialmente el uso de los retenedores intraradiculares para rehabilitar dientes anteriores,

El Póntico o Pieza Media.- Es la parte de un puente fijo que sustituye al diente natural perdido, y será la parte suspendida entre dos retenedores. El póntico puede realizarse con diferentes materiales, como son el oro, la porcelana, el níquel etc.

Las cualidades que debe de llenar una pieza intermedia son:

a) La pieza intermedia debe ser lo suficientemente fuerte para poder resistir las fuerzas de la oclusión sin sufrir deterioro.

b) Deberá ser rígida para que no sufra deformaciones por las fuerzas funcionales de la masticación.

c) Deberá tener una dureza tal que evite el desgaste por la abrasión.

d) Deberá tener un contorno anatómico correcto, tanto en la imitación de la pieza natural a la cual sustituye, como en su contorno gingival que estará en contacto con la mucosa la cual no deberá dañar o estorbar en sus funciones, éste contorno gingival podrá efectuarse en tres formas diferentes según el caso, podrá ser en forma de bala, de media bala, o bien en forma de silla de montar.

e) Deberá tener un color y forma adecuada para cumplir con la estética.

f) Sus contornos deberán guardar armonía con las piezas antagonistas y adyacentes para no interferir en la oclusión.

Es pues la pieza intermedia otro paso a realizar bien en la construcción de una prótesis fija para poder elaborar el equilibrio y resultados satisfactorios en nuestro tratamiento.

El Conector.- Es la parte de un puente fijo que une al póntico con el retenedor, pudiéndose ser rígidos, semirígidos o de barra lingual.

El conector rígido proporciona una unión rígida y no permite movimientos del puente, y puede ser colado o soldado.

El conector semirígido sí permite algunos movimientos del puente cuando el retenedor no tiene la suficiente retención.

El conector de barra lingual es aquel que se utiliza en el caso de diastemas.

La Pieza Pilar, - Es el diente donde irá cementado el retenedor del puente y en la cual se hará la preparación adecuada al caso; debe seleccionarse su forma anatómica, su extensión de soporte periodontal, su relación, corona raíz, movilidad, su posición dentro del arco dentario, etc. Ya que la base del sosten del puente será la pieza o piezas pilares.

La preparación a realizar en la pieza pilar para según - en la condición en que se encuentre y tomando en cuenta los factores de tipo biológico, ya que si la pieza pilar está sana trataremos de realizar un retenedor extracoronar, si la pieza está muy destruida pensaremos en realizar una corona telescópica o bien una preparación Richmond.

Estos factores deben tomarse en cuenta para no realizar un desgaste inadecuado y si ver la mejor forma de diseñar y realizar una buena prótesis.

C A P I T U L O I I I .

Diseño de Prótesis.-

Para elaborar el plan de tratamiento y diseñar la prótesis adecuada a cada caso en particular, debemos de seguir varios pasos, que son: el seleccionar cada una de las partes - de nuestro puente, selección del pilar o pilares, del conector, del pontico y del retenedor.

En la selección de los pilares hay que considerar, la - forma anatómica de los dientes, la longitud y forma de la raíz, que condicionan el soporte periodontal que el diente aporta a la pieza intermedia, cuanto más larga sea la raíz de un diente pilar más adecuado será el diente para anclaje.

La extensión del soporte periodontal depende del nivel - de la inserción epitelial en el diente, cuanto más larga sea la corona clínica en relación con la raíz, mayor será la acción de palanca de las presiones laterales sobre la membrana parodontal y el diente será menos indicado como anclaje.

Un diente con movilidad nunca se deberá usar como único - pilar extremo de un puente fijo, en tal caso se ferulizará --- con un diente contiguo, o bien elegir el tratamiento de prótesis removible.

La naturaleza de la oclusión que cae sobre un diente influye en las decisiones que se deben tomar para usarlo como - anclaje.

Cada uno de los dientes es distinto en lo que respecta a su cualidad como pilar de un puente fijo, y esto depende del - área parodontal promedio de cada uno de los dientes.

La pieza intermedia y el conector, junto con el material con el cual se elaborará la prótesis, se seleccionan según sea el caso en particular y las condiciones que presente.

Todos los factores antes mencionados deberán estudiarse - y llevarse a cabo con cuidado para poder así diseñar una próte

sis adecuada a cada caso en particular, ya que si nuestro --
tratamiento se apega a las condiciones del paciente, y de su
estado bucodental los resultados serán satisfactorios.

Las condiciones bucales varían infinitamente y, por con-
siguiente, sería imposible pretender cubrir todas las posibi-
lidades que se puedan presenta. Sin embargo, hay muchas si-
tuaciones que se repiten con cierta frecuencia. Los puentes
más indicados para dichas situaciones se pueden estudiar, y --
los diseños que se recomiendan se pueden usar como base para
otras situaciones distintas. Modificando y combinando unos --
pocos diseños se pueden tratar satisfactoriamente muchos pro-
blemas clínicos, para facilidad en la exposición, es convenient
te considerar el diseño de los puentes bajo dos aspectos:

1) Puentes Anteriores, y 2) Puentes Posteriores.

En el tema de ésta tesis nos ocuparemos de un caso en es-
pecial de prótesis fija en dientes anteriores, entrando en --
el campo de los puentes anteriores, aunque en este caso sólo
preparaciones individuales fijas.

C A P I T U L O I V .

Coronas con Muñoz y Espigo para Rehabilitar Dientes Anteriores.

Los retenedores intrarradiculares se utilizan en dientes no vitales, cuando no es posible salvar los tejidos coronarios, y se aplican casi siempre en la región de los dientes anteriores y algunas veces, si el caso lo amerita, en los premolares.

Para evitar la posibilidad de problemas posteriores el tratamiento endodóntico está indicado para todos los dientes que originen dudas con respecto a su vitalidad futura, por la misma razón no hay por que efectuar recubrimientos pulpares, o tratamientos pulpares parciales cuando se han de realizar restauraciones fijas, ya sea individuales o bien pilares para un puente fijo, puesto que hay más probabilidades de fracaso; en estos dientes es más correcto y conservador efectuar la pulpectomía total preoperatorio, ya que las molestias para el paciente serán menos, y los resultados serán más satisfactorios.

Con las técnicas actuales de la endodoncia, cualquier diente que este tratado con los métodos aceptados puede utilizarse con seguridad y éxito para pilar de un puente fijo.

No obstante la rehabilitación debe enfocarse teniendo en cuenta que toda pérdida de la vitalidad va a disminuir acentuadamente la capacidad de las estructuras dentarias remanentes de resistir a la fractura cuando son sometidas a tensiones.

Para compensar esto, se preparan los dientes de manera que la restauración final tenga aumentada la profundidad del hombro para resistir mejor los esfuerzos y una pestaña más larga para ofrecer un soporte adicional en torno a la circunferencia de la raíz.

Plan de Tratamiento.

El procedimiento de una historia clínica consiste en un examen minucioso y sistemático de las estructuras del sistema

bucodental y de los síntomas que presente el paciente, con el fin de reconocer la enfermedad o el problema por el cual nos visita.

El dentista debe comprender y diferenciar las manifestaciones fisiológicas y patológicas del paciente. El dentista debe observar a su paciente desde que éste llega al consultorio y ver la manera en que se comporta, con habla, camina, viste, etc., para así poder hacer un reconocimiento total del paciente y poder entablar una mejor relación del médico paciente.

El examen oral deberá realizarse con más cuidado para explorar cada una de las estructuras que componen la cavidad oral: labios, encía, dientes, piso de boca, lengua, carrillos, amígdalas, paladares, paradonto, glándulas salivales, mucosas, mordida, oclusión, etc. Esto lo haremos con la ayuda de los distintos métodos como son la observación, la palpación, la inspección, la exploración, la percusión, pruebas de vitalidad, radiografías, exámenes químico biológico, modelos de estudio, examen físico, interrogatorio, etc.

Historia Clínica.

Los objetivos de elaborar una buena historia clínica son el conocer tanto física como patológicamente al paciente, para descubrir factores causales presentes y potenciales de enfermedad; para ayudar a la elaboración de un buen diagnóstico, elaborar el mejor pronóstico y el plan de tratamiento ideal para el caso que sea presente.

Los pasos a seguir en la historia clínica deben ser rigurosos y sistemáticos.

La palpación nos ayuda a determinar la consistencia del tejido gingival, movilidad dentaria y reacciones de sensibilidad al tener que palpar una zona.

La exploración nos ayuda, examinando cada una de las caras de los dientes con un explorador del # 5, para verificar si hay tejido carioso en las foveas y surcos o en otras caras

de los dientes, usando también una sonda milimetrada para -- explorar las bolsas parodontales.

La percusión se utiliza para evaluar la salud del diente golpeado el diente con el mango del espejo, esperando la reacción del diente, la percusión puede ser horizontal y vertical.

La observación nos ayuda para verificar las reacciones o bien los cambios de color y volumen de los tejidos.

Estudio radiográfico, se utiliza para verificar la consistencia del hueso alveolar, la relación corona raíz, para descubrir lesiones apicales, para verificar lesiones de los maxilares, para la elaboración del tratamiento de conductos, usando para esto las distintas técnicas como son las radiografías periapicales, ó bien las oclusales, de aleta de mordida, panorámicas, etc.

Modelos de estudio es una exacta reproducción de las -- arcadas del paciente que permiten realizar sobre de ellos -- análisis de la oclusión, localización y posición de los dientes en la boca, así como el tipo de mordida y la ausencia de piezas. Para elaborar los modelos de estudio, se toman impresiones totales de la boca, con alginato y se corren en yeso piedra, las impresiones deben ser precisas y completas y perfectamente bien reproducidas en el yeso.

Los exámenes de laboratorio como son el de biometría -- hermética, química sanguínea, tiempo de coagulación, de sangrado, y otros se mandarán hacer en caso de que el paciente sea sometido a una intervención quirúrgica, o bien se sospeche de alguna enfermedad sistémica como la diabetes.

Las pruebas de vitalidad se hacen con el objeto para saber el tipo de tejido vital o no de nuestros dientes, existen pruebas térmicas, eléctricas para demostrar la vitalidad de -- un diente.

Estado Bucodental.

Una vez realizado el exámen de los tejidos duros de la cavidad oral y de haber apuntado los resultados pasaremos al exámen de los tejidos blandos.

Labios.- Se examinan objetivamente, y por medio de la palpación para verificar si existen irritaciones, herpes, - granulaciones, cambios de color, aumento de volumen, alteraciones en su forma y tamaño etc.

La Mucosa Oral.- Por los mismos métodos anteriores verificaremos si existe irritación, cambios de color, cambios de volumen, lesiones blanquecinas, tumoraciones u otras alteraciones, en algunos casos elaboraremos biopsias de tejido - sobre todo para el diagnóstico de lesiones premalignas.

El piso de Boca.- Por los mismos métodos mencionados - observaremos si existen cambios de color, aumento de volumen, irritaciones, tumores, ránulas, aftas, absesos, y cualquier otro tipo de alteraciones o cambios en el piso de la boca.

La Lengua.- El exámen de la lengua, también es objetivo y palpativo, y verificaremos los cambios de color, aumento de volumen, si existe alteración en forma y tamaño irritaciones, fisuras, lesiones blanquecinas o cualquier otra alteración.

El Paladar.- Observaremos si existen torus, absesos, - irritaciones, consistencia, dientes incuidos, lesiones blanquecinas, etc.

Encía.- El exámen del tejido gingival es objetivo, palpativo y armado por medio de una sonda para medir la profundidad y la existencia de bolsas parodontales, observaremos la forma anatómica de las papilas gingivales, la consistencia - del tejido, cambios de coloración y aumento de volumen, sangrado, irritaciones, o bien absesos u otras lesiones y cambios. Verificaremos la presencia de sarro y placa bacteriana así como la higiene que practica nuestro paciente.

El exámen de la cavidad oral debe hacerse minuciosamente con buena luz, instrumentos adecuados y anotar cada uno de los datos ya sean normales o patológicos, anotando las causas de las alteraciones y problemas encontrados. En caso de dolor saber que tipo de dolor, duración y campo que abarca el dolor, así como saber las reacciones de sensibilidad, tanto de la encía como de los dientes.

También hay que desarrollar el exámen de aparatos y sistemas, anotando las alteraciones de cada uno de ellos, en fin realizar una historia clínica completa, que no mencionar aquí ya que nos saldriamos del tema en si de la tesis.

Pero si cabe mencionar que para cualquier tipo de tratamiento dental hay que elaborar una historia clínica, pues esto nos ahorrará muchos dolores de cabeza y contratiempos en caso de presentarse situaciones de alarma. El dentista deberá estar en contacto con el médico general o especialista de su paciente para poder así tener todos los factores al alcance en una situación de emergencia.

Así mismo, saber resolver problemas cardiacos, shocks, etc.

Tratamiento Dental Preprotésico.

Una vez elaborada la historia clínica y de haber evaluado el estado en que se encuentra el paciente, y en especial la cavidad oral, pasaremos a realizar el tratamiento preprotésico,

Antes de efectuar cualquier tipo de prótesis deberemos de cerciorarnos de que la cavidad oral esté en buenas condiciones de salud; libre de caries, sarro, tumores, abscesos, piezas destruidas etc,

Primamente haremos la profilaxis eliminando todo el sarro y placa bacteriana presentes, el cepillado adecuado para efectuar una mejor limpieza y darle una técnica de cepillado,

Trataremos las caries utilizando los materiales adecuados a las cavidades, ya sea amalgama, resina o bien incrustaciones.

En caso de encontrar tumoraciones tipo torus, haremos - la cirugía correspondiente, la eliminación de dientes retenidos, logrados ó cualquier otro tipo de cirugía, la efectuaremos antes de realizar el tratamiento protésico.

Si existen lecciones como abscesos o quistes en la región apical se trataran con antibióticos, drenajes o endodoncia - según sea el caso.

En fin la boca del paciente al cual va a serle colocada una prótesis, deberá estar en buenas condiciones de salud y limpieza, de lo contrario corremos el riesgo de que nuestro trabajo fracase.

Debemos tener en cuenta la salud y estado en que se encuentran las piezas pilares de la futura prótesis, si es necesario hacer alguna obturación en una de las piezas pilares deberán llevar una forma más o menos adecuada a la preparación que se realizará en dicha pieza pilar.

Estudio y Diseño de la Prótesis.

Una vez realizando el estudio de nuestro paciente, y - efectuado el examen oral correspondiente, y haber dejado su boca en buenas condiciones de salud, elaboraremos un plan de tratamiento a seguir.

En el caso que se presenta en esta tesis, vamos a rehabilitar los dientes anteriores superiores, los cuales han sufrido un trauma y destrucción de parte de la corona clínica,

Tomamos una impresión total con alginato para elaborar nuestros modelos de estudio en yeso piedra, sobre este modelo vamos a marcar el diseño, la extensión, y tipo de prótesis, así como la elección de las piezas pilares.

Analizamos la corona de los dientes afectados y verificamos el estado de la raíz de cada uno de ellos por medio de un análisis radiográfico y poder así saber que tipo de prótesis y técnica vamos a emplear.

Estudio Radiográfico.

Es indispensable para el tratamiento protésico tomar las radiografías de nuestras piezas pilares y tejido óseo adyacente, utilizando el tipo de radiografías periapicales con la técnica de la bisectriz, en este caso sólo usamos dos radiografías para los dientes anteriores superiores a más 45 grados.

Más adelante, tomaremos más radiografías para efectuar el tratamiento endodóntico de cada uno de los dientes afectados, usando también radiografías periapicales y con la técnica de la bisectriz.

Por medio de la radiografía podremos elegir o descartar a una pieza para pilar, según su estado parodontal, tamaño de la raíz, soporte óseo etc., también es esencial para realizar un tratamiento de conducto perfectos y ver el sellado apical etc.

Técnica de Anestesia, Uso de Dique, y Tratamiento Endodóntico.

Una vez obtenido el diagnóstico de nuestra vitalidad pulpar pasaremos a anestésicar en caso de ser pulpa vital, si es necrótica no es necesario anestésicar.

Limpiamos la zona donde será colocada la aguja con un algodón y colocamos el anestésico local en pomada o spray para desensibilizar la mucosa; cargamos la jeringa con el cartucho de anestesia a usar e introducimos la aguja en el fondo de saco labial, siguiendo la dirección de la raíz de los dientes, bloqueamos así el nervio dentario anterior rama del infraorbitario, que a su vez es ram del nervio maxilar

superior rama del trigémino.

En algunos casos se puede colocar un punto de anestesia en la parte del paladar a los lados de la papíla incisiva para bloquear el nervio nasopalatino anterior sólo - que esta técnica es dolorosa y a veces no tiene caso realizarla excepto en cirugía.

La introducción del anestésico debe ser lenta y cerciorarnos de no depositar la solución sobre un vaso o nervio.

Esperamos de 5 a 10 minutos a que el anestésico haga efecto.

Una vez colocado el anestésico y que haya hecho efecto pasamos a aislar el diente por medio del dique de hule, que es parte esencial en el tratamiento endodóntico.

Se obtienen dos o tres trozos de dique de 15 cm. por lado cada uno, ya que a veces se restira demasiado el dique y es necesario uno nuevo, se divide en cuatro partes iguales que corresponden a cada una de las arcadas de la boca, se toma una mordida en cera del paciente para colocar la mordida sobre el dique y efectuar las perforaciones en el lugar preciso, y con la pinza perforadora especial para dique de hule y hacemos la perforación de acuerdo al grosor - del diámetro del diente; para dientes anteriores superiores se hace un orificio con el número 1 de la perforadora y a 2.5 cm. por debajo del borde superior del dique y debe desviarse de la línea medio de la goma aproximadamente la misma distancia que el diente se desvia en el arco dentario.

Una vez perforado el dique se utilizará la grapa adecuada para el diente adecuadamente, en el caso de incisivos superiores se utiliza la grapa 210 de la marca "White", éste se coloca por debajo del cuello del diente con la pinza - portagrapas sin que lesione el tejido gingival; posteriormente se retira el dique y se desliza por debajo de las - aletas de grapa, para que así quede bien aislado el diente; se utiliza hielo de soda para sellar el dique en aquellos

lugares donde es difícil de maniobrar, después se coloca el arco de young para restirar el dique y quede el campo visible.

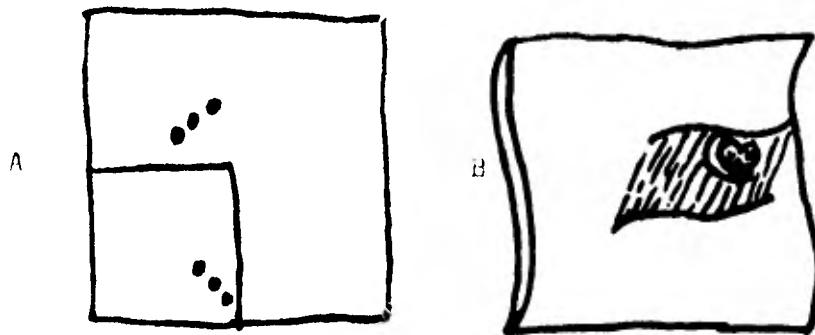


Fig. 2. A., Forma de dividir el dique y de marcar la perforaciones.

B., Diente aislado.

El dique de hule es el único aparato con el cual el dentista puede evitar la contaminación del conducto.

Una vez colocado se pasa un algodón impregnado en merthiolate solución alrededor del diente a tratar.

Tratamiento Endodóntico.

Comenzamos con el acciso, se comienza con una fresa de bola estéril, a nivel del cingulo en la cara palatina y en forma perpendicular a la superficie del diente, haciendo una perforación en forma triangular; cuando se llega a la dentina se cambia la angulación de la fresa y el eje del instrumento debe ser paralelo al eje longitudinal del diente.

El acciso en línea recta hacia el ápice del conducto radicular es esencial para la correcta instrumentación; una vez hecho el acciso se introduce un tiranervios y se elimina el paquete vasculonervioso, se puede usar también una lima pequeña si el caso lo amerita, posteriormente se irriga el conducto con agua oxigenada y sonito para eliminar todos los residuos, y una vez seguros de que el conducto está limpio pasaremos a tomar la conductometría; con la radiografía inicial se

estima la longitud del diente midiendo el largo de la imagen radiográfica, se selecciona una lima de calibre pequeño - - (# 15, 20), según sea el caso colocándole un tope de goma para no sobrepasarnos, se coloca el instrumento 1 mm. antes del ápice según la medida en la radiografía.

El instrumento se introduce en el conducto con cuidado hasta que el tapón de goma toque la superficie más prominente del diente, en caso de presentarse una reacción de sensibilidad, antes de ésto, detenemos el instrumento y tomamos una radiografía para verificar si estamos en lo correcto, o bien nos estamos desviando de la línea de acceso.

La medida de los conductos de los dientes anteriores superiores generalmente es la siguiente:

INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES.....22,5 mm.

INCISIVOS LATERALES SUPERIORES.....22 mm.

Si la punta de nuestro instrumento se observa en la radiografía a 1 mm. antes del ápice, pondremos el tope de goma en la parte más prominente del diente y medimos la distancia de la lima y esa será la conductometría.

Cuando un diente esta siendo tratado y su pulpa no es vital con lesión apical, hay que efectuar la instrumentación hasta el ápice en la longitud completa del diente.

Una vez tomada la conductometría correcta empezamos a realizar el ensanchado del conducto.

Haremos la eliminación de todos los remanentes de tejido, bacterias, productos bacterinos, y otros residuos así como el correcto contorneado del conducto para recibir el material de obturación y preparado previamente.

Comenzamos generalmente con una lima # 20 ó más angosta si el caso lo amerita, se manipula con cuidado hasta que esté bajo la medida determinada, (22,5, 22 mm.), haciendo movimientos de impulsión y tracción con un cuarto de giro en dirección de las manecillas del reloj; no debemos forzar el --

instrumento, pues puede fracturarse, repitiendo esta operación hasta que el instrumento no presente traba para ser retirado.

Pasamos a irrigar con agua oxigenada y sonite para eliminar la limadura y eliminar los gérmenes anaerobios de la superficie apical. Pasamos al segundo instrumento, una lima -- # 25 y hacemos los mismos movimientos de impulsión y tracción, y retiramos el instrumento hasta que salga sin dificultad, e irrigamos nuevamente, y así sucesivamente hasta llegar al instrumento # 55 en conductometría, o sea a 1 mm. antes del ápice; es recomendable verificar la entrada y dirección de cada uno de los instrumentos para que no se vayan a formar conductos accesorios o escalones.

Irrigamos otra vez con agua oxigenada y sonite, y utilizamos una lima # 60 y la llevamos al conducto quitándole 1 mm. para que quede a 2 mm. antes del ápice, para ir formando así el conducto cónico; hacemos los mismos movimientos de tracción sobre las paredes e irrigamos al cambio de cada instrumento disminuyendo a cada una 1 mm. y dejaremos de ensanchar cuando la lima salga con virutas de dentina limpia, que generalmente en los dientes anteriores superiores es una lima 70 u 80, si el conducto es muy ancho debemos usar una lima más gruesa.

El resultado de la instrumentación es un canal contorneado en sección transversal, circular en los 3 mm. apicales que corresponderá al tamaño y forma del cono de obturación.

Debe mantenerse húmedo el conducto durante la instrumentación irrigando cuantas veces sea necesario, y al terminar el ensanchado, debemos de limpiar y secar perfectamente bien el conducto por medio de las puntas de papel absorbentes calibradas, meteremos varias puntas de papel como si fueran limas y dejamos de secar hasta que la punta salga limpia y seca.

La irrigación del conducto con agua oxigenada y sonite es parte de la medicación del conducto, pero una vez terminada la instrumentación, teniendo el conducto seco y limpio, -

tomamos una torunda de algodón estéril y la impregnamos con paramonoglorofenol o cresatín, y la exprimimos para que apenas tenga el olor del medicamento, y la colocamos en la entrada del conducto, sellamos con una obturación temporal, - "Cavit" y se deja en observación el diente 2 días, eliminando de oclusión al diente.

Es normal que después de haber realizado lo anterior, el paciente presente sensibilidad ya que la eliminación del tejido pulpar ha sido una trauma para el diente y el organismo, pero, si la sensibilidad es muy doloroso podrá tratarse de un caso agudo, en ese caso deberemos de desobstruir e irrigar con agua oxigenada y sonite varias veces y colocar una pasta antibiotica (pulpomixine) y continuar después el tratamiento.



Fig. 3. Apertura coronaria ideal para dientes anteriores. Es de forma triangular - para tener una mejor visión al conducto,



Fig. 4. Corte inicial para la apertura coronaria en dientes anteriores, perpendicular a la superficie,

Fig. 5. Forma de determinar la longitud del conducto para la conductometría.

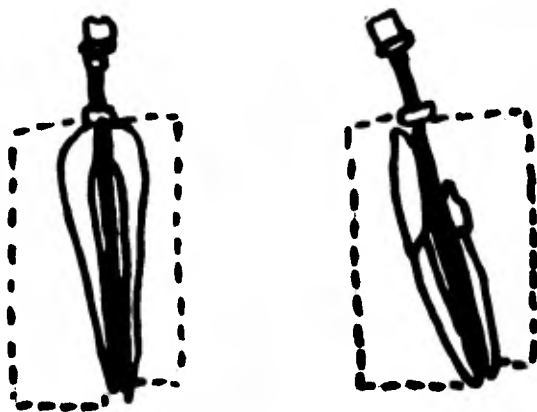


Fig. 6. Vía de acceso en línea recta hacia la zona apical.
A. Forma Correcta...B. Falla en la Dirección...
C. Error con Comunicación a Parodonto, Produciendo Irritación.



Una vez terminado el ensanchado y la esterilización del conducto radicular, pasamos a tomar la conometría.

La obturación es el sellado completo del espacio del -- conducto pulpar de un diente sin pulpa con el propósito de -- eliminar una área de infección real o potencial.

Usaremos para la obturación un cono principal de guta-percha del número del último instrumento usado en conducto -- metría, en el caso presentado anteriormente será un cono # 55, el cual debe esterilizarse en una solución germicida y anti-bacteriana durante 15 minutos.

Se prueba el cono en el conducto insertándolo con cuidado y deberá sentirse una dificultad para retirarlo, comprobando con esto que sella perfectamente en la región del ápice tomamos una radiografía con el cono puesto para verificar el sellado del cono en caso de no ajustarse cambiará por una como más angosto o bien más grueso, pero no deberá sobrepasar la región apical.

Una vez obtenido el estudio de la conometría pasamos a preparar nuestro cemento de óxido de zinc puro o bien cemento de "Grossman" o el cemento a utilizar, el cual deberá tener una consistencia cremosa, y las puntas accesorias del -- # 35 y 40, junto con el espaciador.

Utilizaremos la técnica de obturación lateral.

Tomamos el instrumento con el cual se comenzó a limar después de haber llegado a la conductometría, o sea la lima #55, impregnamos de cemento la lima y la introducimos al conducto dándole movimientos de rotación, para que queden selladas las paredes del conducto con el cemento, se cubre con cemento el cono principal excepto en su punta para no sobre-obturarnos y lo introducimos en el conducto colocándolo en su lugar con un ligero movimiento de bombeo, pasamos a introducir una a una de las puntas accesorias, también impregnadas con cemento, introduciéndolas con cuidado para que no se de-

blen o bien no sellen bien, cuando ya no sea posible colocar con facilidad las puntas accesorias utilizamos el espaciador metiéndolo con cuidado y frotando y presionando las puntas - ya colocadas para hacer espacio a otras más; y así sucesivamente hasta que de plano ya no sea posible introducir más puntas; tomamos una radiografía para verificar el sellado de las puntas y que no haya espacios muertos, en caso de no haber un - sellado perfecto condensaremos la gutapercha con un obturador caliente, y la empacamos perfectamente bien en la entrada del conducto, colocamos cemento de oxifosfato para sellar bien, y tomamos una radiografía para verificar el sellado, de no ser perfecto, se desobturará y se volvera a limpiar el conducto para volver a efectuar la obturación.

Existen otras técnicas para realizar la obturación como son las de condensación vertical, de gutapercha caliente, - con cono de plata etc., pero la obturación con puntas de gutapercha cementada es una de las técnicas más comunes y más sencillas de realizar con resultados que son bastante satisfactorios.

Así como también la técnica que se menciona para realizar la endodoncia varía según el caso y hay varias técnicas para realizar un tratamiento endodontico, sólo que en caso de tejidos vitales o bien semivitales se realiza el tratamiento común y corriente.

Los pasos que se mencionaron para el acceso, conductometría ensanchando e instrumentación, medicación, conometría y obturación, se realiza en cada uno de los dientes afectados en - éste caso en los dos centrales y los dos laterales superiores, los cuales se van a rehabilitar por medio de preparaciones con poste.

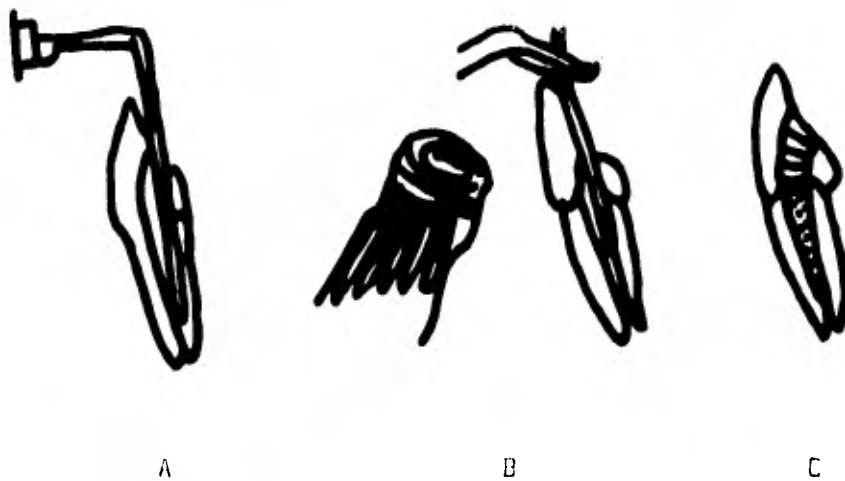


Fig. 7. A. Forma de introducir la aguja para irrigar, el conducto con agua oxigenada y sonito, B. Evaluación de colocación del cono principal de guatapercha, C. Obturación del conducto con el sellado perfecto,

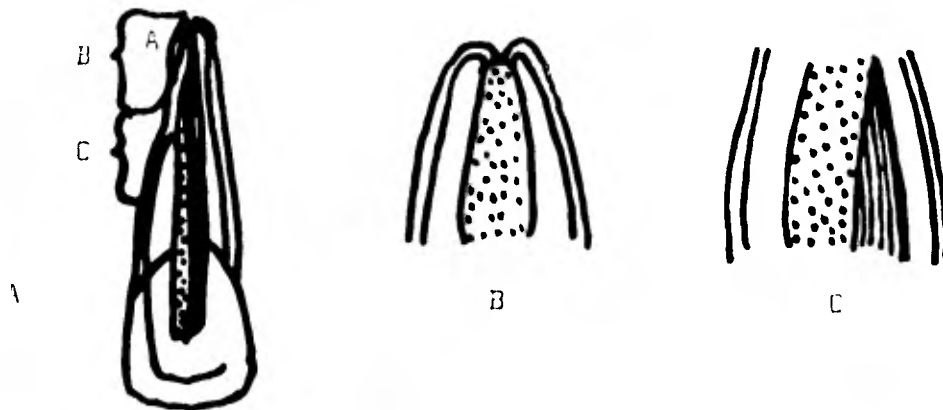


Fig. 8. A. Vista vestibular de la obturación ideal del conducto pulpar,
 B, Vista aumentada del sello apical ideal, el cono principal obtura la mayor parte del espacio apical.
 C, Porción media e inicial del conducto obturado por el agregado del cono principal,

Modelos de Estudio y Aparatos Provisionales.

Una vez terminado el tratamiento endodóntico de cada uno de los dientes afectados, tomamos una impresión total con alginato de ambas arcadas para elaborar los modelos de estudio poder así duplicar dichos modelos para poder trabajar y realizar los provisionales.

Una vez obtenidos los modelos en yeso piedra y duplicaciones, pasamos a un articulador tipo "New Simple" para verificar la oclusión del paciente.

Elaboraremos en el modelo de trabajo las preparaciones que en un futuro serán realizadas en la boca, y modelamos en cera rosa la anatómica correcta de cada uno de los dientes -- por restaurar. Una vez modelados pasamos a enmuflar el modelo y a descencerar en baño maria, eliminando perfectamente -- bien la cera y sus residuos, preparamos acrílico de cocimiento lento del color adecuado a los dientes de la boca del paciente, colocándolo sobre el modelo en la mufla, cerramos la mufla y hacemos presión para que salgan los residuos de acrílico que vamos a recortar, ponemos en baño maria la mufla para el cocimiento del acrílico durante 45 minutos.

Posteriormente recortamos y pulimos el acrílico y verificamos sobre el modelo de estudio en el articulador si las coronas provisionales son correctas, en caso de no ajustar -- bien las rebasaremos con acrílico rápido y ajustaremos para que bien por debajo del margen gingival. Una vez que hemos corroborado la anatomía y el ajuste de los provisionales, pasaremos a realizar las preparaciones en la boca.

Es de vital importancia realizar unos buenos provisionales, ya que son la base del ajuste de la futura prótesis.

laboración de las Preparaciones en Boca.

Primeramente pasamos a desobturar los conductos de los dientes ya tratados previamente con endodencia, consultando las radiografías para guiarnos al ir desobturando y no cometer un error de desviación o un trauma latrogénico.

La desobturación la efectuaremos con las fresas especiales para ese tipo de trabajo, "Fresas Geis Gloeden" para retirar la gutapercha y el cemento del conducto para dejar un espacio aproximado de 10 a 11 mm. donde irá cementado el perno muñon, quedando 6 mm. de sellado apical, pues entre más largo sea el perno, mayor retención tendrá la restauración protésica.

Un perno muñon debe consistir en un muñon que represente la corona clínica de un diente tallado unido a un perno que se puede cementar con exactitud en la raíz de un diente vital. Para asegurar una retención de precisión la longitud mínima del muñon debe ser por lo menos igual a la longitud de la corona clínica del diente.

Siempre que sea posible el perno, debe tener la máxima longitud para tener una mayor resistencia a las fuerzas funcionales que soportará, el hombre y los márgenes de la restauración descansan sobre el tejido dentario sano, mientras que el muñon de metal representa sólo las paredes oxiales.

El perno nunca debe formar parte de la restauración coronaria puesto que esto traerá problemas futuros, como en el caso de volver a reponer la restauración.

En las restauraciones ferulizadas éste tipo de perno unido puede traer como consecuencia la fractura de una raíz debido a la falta de paralelismo con el eje de inserción del segmento.

La desobturación de cada uno de los conductos se hará con cuidado y con baja velocidad, tomando radiografías para no desviarnos y verificar la profundidad que tendrá el espacio para el perno.

Debemos de procurar desobturar los dientes a la misma - profundidad todos, para tener una retención mutua y un paralelismo, aunque no serán ferulizadas, sino serán tratadas como restauraciones individuales.

Una vez desobturados los conductos, eliminaremos el tejido restante de la corona clínica de los dientes hasta que la superficie de la raíz este a nivel del margen gingival, llevando los bordes de las caras radicales por debajo de las encías en los bordes vestibulares y lingual.

Se prepara un hombro que es el que irá alrededor del muñon colado de una anchura mínima de 1 mm. haciendo esto con una fresa de disura de diamante y el hombro se bisela a 45 - grados para la restauración dinal de una corona veneer.

Una vez preparadas las superficies de las raices y hechos los hombros tendremos una base de muñon y los conductos limpios donde procederemos a elaborar los pernos muñones que iran cementados dentro de los conductos.

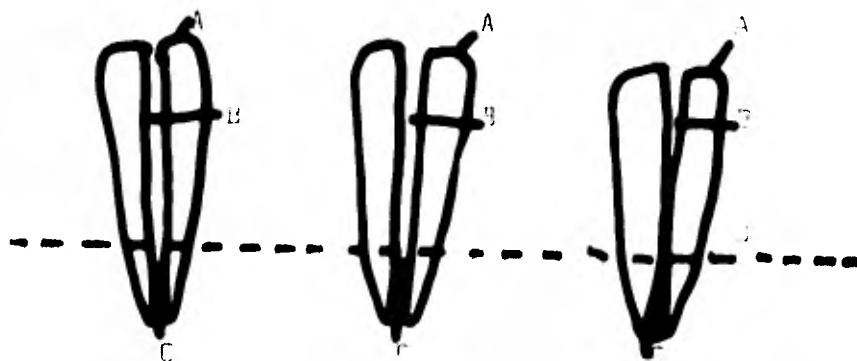


Fig. 9. A, Hombro de muñon y base.
B, Superficie donde irá cementado el perno,
C, Endodencia y sellado apical,
D, Misma profundidad,

Técnicas para Confeccionar el Patrón del Perno.

El perno muñon se puede elaborar directamente en la boca o bién indirectamente en un troquel sacado de una impresión de anillo de cobre con modelina.

En el método directo en la boca se puede realizar con cera azul para incrustaciones o bién con la resina roja duralay.

El método directo de cera, se afila en su extremo un trozo de plástico, parecido a un palillo, tres veces mayor que la longitud de la corona clínica del diente, haciendo un poco rugosa la superficie del plástico para que sirva de retención a la cera; se cubre con cera pegajosa y se adhiere cera azul sobre dicha cera pegajosa, cuando la cera esta todavía blanda y tenemos a nuestro paciente listo con un rollo de algodón pa para aislar la zona y poder trabajar, introducimos el plástico con la cera blanda dentro del conducto con una ligera presión para que llegue al lugar del sellado, esto se repetirá hasta que estemos seguros de que el conducto está bien impresionado con la cera, debiéndose marcar también en la cera el hombro con bisel de la preparación. Se adhiere más cera en la parte superior y sobrante del perno ya modelado y se comenzará a modelar el muñon, ya sea eliminando cera o agregando; no es forzoso modelar un muñon exacto, ya que este será reprepado y terminado satisfactoriamente al rebajar el muñon, ya colado en oro.

Es recomendable modelar todos los muñones de una sola vez; para establecer un paralelismo y relacionarlos con los dientes adyacentes y antagonistas; debe tomarse relación oclusal para que el tamaño del muñon no vaya a interferir al ser colocadas las coronas veneer finales, ya que debemos dejar espacio suficiente para el material de la corona completa y liberar de oclusión los dientes tratados pues se recuerda que son dientes sin vitalidad y con tratamiento endodóntico.

Una vez modelados los patrones, se retiran con cuidado y los lavamos con alcohol para fijar más la cera y no sea susceptible a fracturarse.

Colocamos los patrones en un cubilete con revestimiento de cristobalista y se efectúan los pasos a seguir para el colado de incrustaciones, se prueban los provisionales y cementan para que el paciente no pierda su estética y los tejidos blandos no se encimen sobre las terminaciones gingivales.

Una vez colados los pernos en oro se pulen y se prueban en la boca del paciente, debiéndole quedar perfectamente bien - ajustados y con una fresa de fisura de diamante y alta velocidad vamos reparando y hacer los ajustes necesarios para realizar un muñon perfecto como si se tratara de hacerlo sobre tejido dentario.

Ajustados y reparados los muñones están listos para ser cementados, los colocamos en alcohol o solución germicida mientras preparamos el cemento de oxifosfato y bien cemento - duralon, de una consistencia líquida, colocamos el cemento sobre el perno muñon colado y lo introducimos al conducto haciendo presión, posteriormente se eliminan los residuos de cemento.

El Método con Resina Duralay.- Se utiliza un perno de plástico como soporte interno para evitar distorsiones, adaptándose el perno de plástico a la profundidad del conducto -- afinando su punta para que llegue al fondo de la preparación se construye entonces el perno agregando resina duralay roja - hasta conseguir la forma aproximada de la siguiente manera:

Una vez que el plástico duralay ha endurecido se coloca el perno en la boca, se lijan las paredes axiales y se disminuye la longitud del muñon hasta llevarlo a su tamaño aproximado, se agrega una mezcla espesa de duralay a la porción radicular del perno y se inserta el perno en el diente tallado hasta el fondo y una vez que el duralay ha endurecido se retira el perno del diente, usando una pinza hemostática y con un disco de papel se fija y se termina la porción clínica del muñon,

Se agrega cera azul para incrustaciones a la parte del perno y se calza el patrón en su sitio ayudándose con un trozo de madera para hacer presión, con una espátula caliente se eliminan todos los excesos de cera y se enfría con agua, reti

rándose el patrón del diente con la pinza hemostática.

Se revisten los patrones con cristobalita y se realiza el colado en oro, se limpian y pulen, se ajustan en la boca, y se cementan definitivamente con cemento de oxifosfato.

Impresiones Definitivas.

Para tomar las impresiones definitivas nuestras preparaciones con los pernos muñones cementados deberán estar limpios y secos, así como también debemos de retraer la encía con gingipac para poder impresionar las terminaciones gingivales.

Escogemos la cubeta tipo Rimlock probándola en la boca si es necesario pondremos la barda de cera negra, mezclamos el material de impresión a base de hule, y colocamos una parte en la jeringa para hules e inyectamos el material en las preparaciones, principalmente en las terminaciones gingivales, colocamos otra porción de material de impresión sobre la cubierta y la llevamos a la boca del paciente haciendo presión sobre la parte inferior de la cubeta y esperamos unos 10 minutos a que polimerize el material para poder retirarlo.

Observamos si todos los detalles se registraron en la impresión y de no ser así, tomaremos otra impresión, después colocamos el rectificador del material sobre la impresión y volvemos a llevar la cubeta a la boca para rectificar la impresión y tener un mejor marcaje de los detalles por impresionar.

Corremos la impresión con velmix o yeso piedra de presión para obtener un modelo de estudio donde se elaboran las coronas veneer finales.

Tomamos otra impresión de la arcada antagonista y la corremos en yeso, para poder articular los modelos en un articulador New, simple.

Otra forma de tomar las impresiones es hacerlo con anillo de cobre y modelina en forma individual y realizar dados de trabajo para tener más exactitud en el trabajo. Lo importante es obtener una copia exacta y perfecta de las preparaciones -

para realizar el mejor trabajo de precisión, dependiendo del método para hacerlo.

Tomadas las impresiones y la mordida en cera y los registros oclusales necesarios colocamos de nuevo los provisionales al paciente y le damos nueva cita para elaborar mientras las coronas vaneer finales.

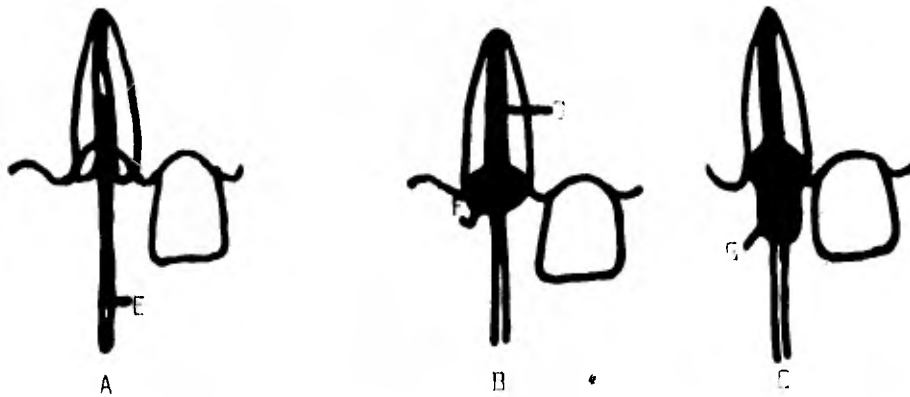


Fig. 10. Técnica directa para construir el patrón del perno - muñon colado...E. Palillo...D. Cera Apil...F.Sobran- te de Cera...G.Cera para modelar el muñon...ABC.Paso.

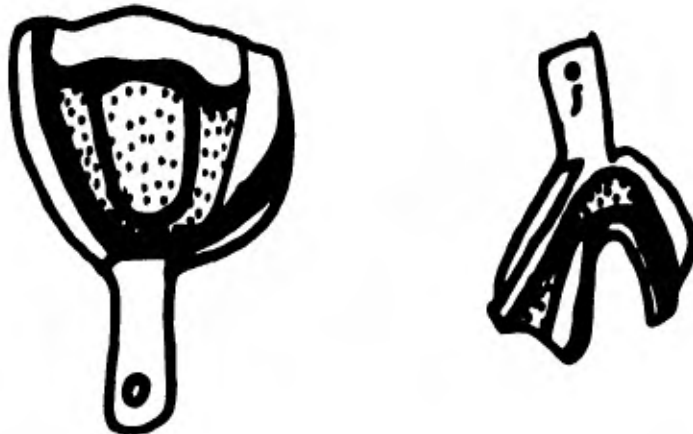


Fig. 11. Cubetas tipo rimlock para tomar las impresiones definitivas con hule.

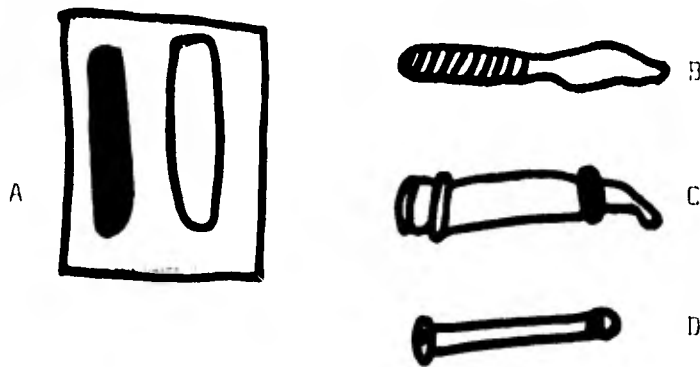


Fig. 12. Lometas A. El material de hule pesado en sus porciones iguales, B. Espátulas para la mezcla de los hules, C. Retificador de hules, D. Jeringa especial para hules.

Elaboración de las Coronas Veneer Definitivas.

Con nuestros modelos de estudio duplicados podremos trabajar para elaborar las coronas finales, primeramente modelaremos la porción palatina de las coronas, con la ventana vestibular, dándole la anatomía adecuada y su ajuste en la región gingival, pondremos una capa de cera calibrada sobre la cual colocamos cara azul para incrustaciones para que se facilite el modelado y no se fracture la cera.

Una vez modelados con cuidados los patrones de las coronas veneer con su ventanilla estética, se retiran con cuidado del modelo para poder pasar a revestir y colar.

El colado se hace igual que como para una incrustación, y al terminar se hace la prueba de metales sobre la boca del paciente y los contornos del metal de las futuras coronas dentro de la boca deben ajustar y sellar perfectamente sobre las preparaciones sin dejar espacio o bien desajustes. Colocamos las

cuatro y verificamos su paralelismo y anatomía así como su relación oclusal.

Deberán quedar por debajo del borde gingival sin lesionar los tejidos blandos.

Hecha la prueba de metales, retiramos las coronas y sobre el metal vamos a trabajar para pulirlo, para colocar el material estético que podrá ser oro, o bien acrílico.

En este caso mencionaremos el acrílico por su fácil manipulación, pero tiene mayor uso la combinación de oro porcelana ya que es una de las mejores técnicas a realizar en una buena prótesis.

Colocamos opacador sobre la ventana estética, y colocamos el acrílico dándole una anatomía de acuerdo a la pieza por restaurar, bien delimitadas sus paredes y sellada con el metal de la porción palatina. El acrílico deberá ser del color adecuado a la estética del paciente. Una vez colocado el acrílico lo pulimos y lijamos para que tenga la brillante y tersura adecuada para ser colocado en la boca.

Realizadas las coronas aislamos el campo con rollos de algodón preparamos una mezcla de cemento de oxifosfato o bien duralón de una consistencia líquida y lo ponemos sobre las coronas, colocando una por una haciendo presión durante 4 minutos y después eliminaremos los residuos del cemento.

Nuestro trabajo está hecho y el paciente satisfecho por haber hecho lo mejor y con la mejor dedicación y responsabilidad con la cual estamos en la obligación de ejercer.

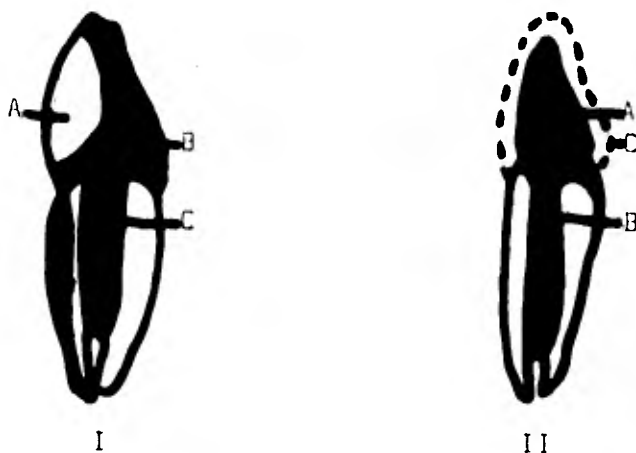


Fig. 13. I.- Corona richmond en un diente desvitalizado.
 A.- Serilla estética de la corona veneer.
 B.- Cuerpo de la corona en oro colado y unido al -
 espigo radiculador.
 C.- Prolongación del cuerpo de la corona en su -
 porción radioular.
 II.- Corona colada con muñon y espigo en un dien-
 te desvitalizado, con:
 AB.- Perno muñon colados en oro en una sola pieza.
 C.- Faceta estética de la corona jacket.

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

ROTESIS DE CORONAS Y PUENTES.

R. GEORGE E. MYERS.

EDITORIAL LABOR, S. A.

SEGUNDA EDICION 1974.

ROTESIS PERIODONTAL TOMO I.

RES. ARTHUR GRIEDER Y WILLIAM R. CINOTTI.

EDITORIAL MUNDI.

PRIMERA EDICION, 1973.

PRACTICA ENDODONTICA.

DR. GROSSMAN.

EDITORIAL MUNDI.

QUINTA EDICION, 1975.

CLINICA DE OPERATORIA DENTAL.

DR. NICOLAS PARULA.

EDITORIAL MUNDI.

TERCERA EDICION, 1967.