



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**COMPONENTES DE UNA PROTESIS FIJA
Y PREPARACIONES MAS COMUNES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:
JOSE ALFREDO MENDEZ MARTINEZ



MEXICO, D. F.

1985.



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 está 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.

C O N T E N I D O

INTRODUCCION.	1
CAPITULO I: HISTORIA Y DEFINICION DE PROTESIS	4
I.1 DEFINICIONES	9
I.2 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	11
I.3 VENTAJAS Y DESVENTAJAS	13
I.4 REQUISITOS PARA SU ELABORACIÓN	14
CAPITULO II: HISTORIA CLINICA	16
II.1 ASPECTOS GENERALES	17
II.2 ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	18
II.3 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	20
II.4 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	21
II.5 ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	22
II.6 PADECIMIENTO ACTUAL	22
II.7 INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS	23
II.8 ESTUDIO RADIOGRÁFICO	27

CAPITULO III: VALORACION CLINICA DEL PACIENTE	31
III.1 EXAMEN PREVIO	31
III.2 INSPECCIÓN VISUAL Y PALPACIÓN	32
III.3 EXAMEN BUCAL	33
III.4 EXPLORACIÓN CON LA BOCA CERRADA	34
III.5 EXPLORACIÓN CON BOCA ABIERTA	34
III.6 OCLUSIÓN	35
III.7 SOBRE OCLUSIÓN HORIZONTAL	36
III.8 SOBRE OCLUSIÓN HORIZONTAL INVERTIDA	36
III.9 OCLUSIÓN CENTRICA	36
III.10 SOBRE OCLUSIÓN VERTICAL	37
III.11 MODELOS DE ESTUDIO	37
III.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	39
III.13 PLAN DE TRATAMIENTO	40
CAPITULO IV: TECNICAS DE ANESTESIA	43
IV.1 PREPARACIÓN DEL PACIENTE	44
IV.2 PRINCIPIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL BLOQUEO NERVIOSO	44
IV.3 BLOQUEO DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR (ALVEOLAR INFERIOR)	46

IV.4	INYECCIÓN AL NERVI0 BUCAL LARGO	47
IV.5	BLOQUEO DEL NERVI0 MENTONIANO	48
IV.6	INYECCIÓN DEL NERVI0 ALVEOLAR SUPERIOR POSTERIOR	48
IV.7	INYECCIÓN DEL NERVI0 ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO . . .	49
IV.8	INYECCIÓN DEL NERVI0 ALVEOLAR SUPERIOR ANTERIOR ..	49
IV.9	INYECCIÓN DEL NERVI0 PALATINO MAYOR (ANTERIOR). .	50
IV.10	INYECCIÓN DEL NERVI0 NASOPALATINO	50
IV.11	TECNICA DEL NERVI0 SUBORBITARIO	51
CAPITULO V: COMPONENTES DE UNA PROTESIS FIJA		52
V.1	PILAR	53
V.2	RETENEDOR	55
V.3	PÓN'TICO O PIEZA INTERMEDIA	65
V.4	CONECTORES	78
CAPITULO VI: PREPARACIONES MAS COMUNES		81
VI.1	CORONAS COMPLETAS	82
VI.2	CORONAS DE PORCELANA CON ORO CERAMICO Y METAL NO PRECIOSO	88
VI.3	CORONA TOTAL CON FRENTE ESTÉTICO O VENEER	91

VI.4	CORONA TELESCÓPICA	95
VI.5	CORONA CON NÚCLEO DE AMALGAMA	97
VI.6	TERMINACIONES GINGIVALES	98
VI.7	CORONAS PARCIALES	103
VI.8	CLASES DE INCRUSTACIONES EMPLEADAS COMO RETENE- DORES DE PUENTES	117
VI.9	INCRUSTACIONES DE CLASE III	122
VI.10	RETENEDOR PINLEDGE	123
VI.11	RETENEDORES INTRARRADICULARES	130
VI.12	CORONA COLODA MUÑON Y ESPIGO	131
VI.13	CORONA RICHMOND	132
VI.14	CONSTRUCCIÓN DEL MUÑON COLADO	134

CAPITULO VII: CLASIFICACION DE LOS MATERIALES DE
IMPRESION Y DIFERENTES TECNICAS DE
IMPRESION 136

VII.1	CONTROL DE LOS TEJIDOS GINGIVALES	137
VII.2	CLASIFICACIÓN DE MATERIALES DE IMPRESIÓN . . .	140
VII.3	DIFERENTES TÉCNICAS DE IMPRESIÓN	146

CAPITULO VIII: PROTESIS TEMPORAL Y TECNICAS DE ELABORACION	153
VIII.1 OBJETIVOS DE LA PRÓTESIS TEMPORAL	153
VIII.2 TÉCNICAS	155
CAPITULO IX: OBTENCION DE MODELOS DE TRABAJO	165
IX.1 MODELOS DE TRABAJO Y TROQUEL INDEPENDIENTE	166
IX.2 MODELOS DE TRABAJO CON TROQUEL DESMONTADO	170
CAPITULO X: PRUEBAS CLINICAS	175
X.1 PRUEBAS DE METALES	176
X.2 PRUEBAS DEL PUENTE	180
CAPITULO XI: CEMENTACION DE LA PROTESIS	184
XI.1 CEMENTACIÓN DE LAS CARILLAS	185
XI.2 CEMENTACIÓN DE LOS PUENTES	186
XI.3 CEMENTACIÓN INTERINA	187
XI.4 CEMENTACIÓN DEFINITIVA	187
XI.5 INSTRUCCIONES AL PACIENTE	191
CONCLUSIONES	192

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

EN LA ACTUALIDAD, LA ODONTOLOGÍA COMO RAMA DE LA MEDICINA GENERAL, HA TOMADO GRAN IMPORTANCIA AL TRATAR DE ALCANZAR LA REHABILITACIÓN BUCAL MÁS PROXIMA A LO NORMAL.

SE HA OBSERVADO QUE LA SALUD GENERAL SE VE ALTERADA AL -
HABER AUSENCIA DE UNA O MÁS PIEZAS DENTARIAS, YA QUE EL -
PACIENTE NO PUEDE REALIZAR UNA CORRECTA MASTICACIÓN. --
EL REEMPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES AUSENTES SERÁ POR MEDIO
DE UNA PRÓTESIS, SEA ESTA FIJA O REMOVIBLE.

LA PRÓTESIS PARCIAL FIJA ES UNA DE LAS RAMAS BÁSICAS DE LA ODONTOLOGÍA Y, JUNTO CON OTRAS ASIGNATURAS AFINES, CONSTITUYE UN ELEMENTO FUNDAMENTAL DENTRO DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LA SALUD BUCAL. SU IMPORTANCIA NO SÓLO ESTIBA EN LA PROPIEDAD RESTAURADORA QUE POSEE, SINO TAMBIÉN, TANTO EN SU EFECTO PREVENTIVO SOBRE FUTURAS ALTERACIONES, COMO EN LA ALTA FACULTAD DE PRESERVAR LA SALUD DE LOS TEJIDOS ORALES INVOLUCRADOS EN ELLA.

AL EXISTIR LA AUSENCIA DE UNA PIEZA DENTARIA EN CUALQUIERA DE LOS CUADRANTES DE AMBAS ARCADAS, NO DA LUGAR A ALTERACIÓN EN LA SALUD DEL PACIENTE, YA QUE ESTE ESTABLECE LA MASTICACIÓN UNILATERAL. PERÓ CUANDO HAY AUSENCIA DE MAS PIEZAS LA OCLUSIÓN SE VE ALTERADA, YA QUE OCACIONA MIGRACIONES DE LOS DIENTES PERMANENTES Y DISMINUCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO MAXILO MANDIBULAR.

LA DISPOSICIÓN DE LOS ANTAGONISTAS SUFREN DISMINUCIÓN DE LA SUPERFICIE OCLUSAL Y SE DERIVA EN UN DESGASTE MAYOR DE LAS CARAS MASTICATORIAS DE LOS CUADRANTES CON MÁS DIENTES, AUMENTANDO EL TRABAJO Y LA DESCOMPENZACIÓN DE FUERZAS, - OCACIONANDO DIASTEMAS Y POR LO TANTO MIGRACIONES. ESTAS - MIGRACIONES TIENDEN A OCUPAR EL ESPACIO PERDIDO, CON MOVIMIENTOS DE INCLINACIÓN Y ROTACIÓN DENTRO DE SU ALVEÓLO Y - SON EN SENTIDO LONGITUDINAL Y A SU VEZ TRANSVERSAL; LA PRIMERA OBEDECE A LA LEY DE BAUME.

ESTOS MOVIMIENTOS DAN COMO CONSECUENCIA INTERFERENCIAS EN EL PLANO DE OCLUSIÓN Y MODIFICAN LA CURVA HORIZONTAL Y -- ENTORPECEN EL DESLIZAMIENTO LATERAL PROTUSIVO, TENIENDO - COMO CONSECUENCIA ALTERACIONES EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, YA SEA ESTA UNILATERAL O BILATERAL.

LA REHABILITACIÓN INMEDIATA DE UNA PERDIDA DENTARIA EVITÁ RÁ LOS PROBLEMAS ANTES MENCIONADOS.

LAS CAUSAS MÁS COMUNES QUE OCACIONAN LA PERDIDA DE LOS -
DIENTES SON: A) CARIES DENTAL, B) ENFERMEDADES PARODONTALES
Y C) LESIONES TRAUMÁTICAS.

C A P I T U L O I

HISTORIA Y DEFINICION DE PROTESIS

PRÁCTICAMENTE, DESDE LOS COMIENZOS DE LA HISTORIA YA SE TENIA CONOCIMIENTO DE APARATOS PROTÉSICOS PARA LA SUSTITUCIÓN DE DIENTES PERDIDOS. LOS PRIMEROS ESCRITOS MÉDICOS Y DENTALES DE LA ANTIGÜEDAD SON LOS PAPIROS EBERS; EN ELLOS SE MENCIONA A HISI-RE COMO JEFE DE LOS DENTISTAS DEL FARAON EN EL AÑO 3000 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 2900 A.C.. PROBABLEMENTE EL PUENTE FIJO SE DESARROLLO A PARTIR DE UNA FÉRULA PERIODONTAL, DE LA CUAL SE TIENE UN EJEMPLO HALLADO EN UNA TUMBA -- CERCA DE LAS GRANDES PIRÁMIDES (2500 A.C.).

EN EL SIGLO VII A.C. LOS FENICIOS CONSTRUYERON LAS PRÓTESIS FIJAS, A BASE DE ORO BLANDO O EN ROLLO Y ALAMBRE DE ORO. -- TAMBIÉN SE HA COMPROBADO QUE TOMABAN IMPRESIONES Y HACIAN -- MODELOS PARA SUS "OFRENDAS", A BASE DE TERRACOTA.

AL IGUAL SE TIENE NOTICIA DE QUE LOS GRIEGOS EN EL SIGLO III A.C. UTILIZABAN ALAMBRE DE ORO PARA UNIR DIENTES. -- UN EJEMPLO DE ARTESANÍA ROMANA FUE DESCUBIERTO EN EL AÑO - 300 A.C., Y EXISTEN PRUEBAS DE QUE LAS CORONAS DE ORO, YA SE USABAN EN EL PRIMER SIGLO A.C., ASÍ COMO EL USO DEL HUESO DE MARFIL Y MADERA PARA ELABORAR DIENTES ARTIFICIALES.

APARENTEMENTE FUERON LOS ARÁBES LOS QUE UTILIZARON PUENTES EN LA EDAD MEDIA; EXISTEN TAMBIÉN EJEMPLOS DE HIERRO, QUE - DATAN DE LOS SIGLOS XVI Y XVII.

EN EUROPA EN EL SIGLO XVIII, FUERON ENCONTRADOS APARATOS PROTÉSICOS REMOVIBLES CON DIENTES DE HUESO DE MARFIL, HASTA EL SIGLO XIX EXISTEN REFERENCIAS DE PRÓTESIS FIJA.

LOS ADELANTOS DE PRÓTESIS FIJA A PARTIR DEL SIGLO XVIII - PUEDEN CONSIDERARSE BAJO DOS ASPECTOS:

- 1- DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LOS MATERIALES UTILIZADOS Y LOS PROCEDIMIENTOS PARA SU CONFECCIÓN, DONDE LO IMPORTANTE ES LA CONTRIBUCIÓN A LA ESTÉTICA Y LA FACILIDAD DE - CONSTRUCCIÓN.
- 2- EL CONOCIMIENTO DE CONCEPTOS BIOLÓGICOS DEL APARATO - MASTICATORIO, EN QUE SE COLOCA LA PRÓTESIS, PERMITE EL DISEÑO DE RETENEDORES QUE FUNCIONARÁN ARMÓNICAMENTE - DURANTE LA MASTICACIÓN.

LA IMPORTANCIA EN EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LOS ÚLTIMOS 100 AÑOS SON LOS NUEVOS MATERIALES Y LAS NUEVAS TÉCNICAS DE INSTRUMENTACIÓN.

EN LOS PRINCIPIOS DEL SIGLO XIX, SE UTILIZÓ POR PRIMERA VEZ LA PORCELANA FUNDIDA, PARA FABRICAR DIENTES ARTIFICIALES. A MEDIADOS DEL MISMO SE USO EL YESO PARIS PARA TOMA DE IMPRESIONES Y ELABORACIÓN DE MODELOS DENTARIOS. CASI AL MISMO TIEMPO SE INTRODUJO EL MATERIAL DE IMPRESIÓN A BASE DE GODIVA Y SE INICIO CON ESTO LA TÉCNICA INDIRECTA EN LA CONSTRUCCIÓN DE APARATOS DENTALES. EN 1907 SE APLICA EL PROCEDIMIENTO DE LA CERA DERRETIDA EN LOS COLADOS DENTALES.

EN 1937 SE EMPLEÓ EL HIDROCLOROIDE AGAR, UN MATERIAL DE IMPRESIÓN ELÁSTICO, PARA TOMA DE IMPRESIONES DE INCRUSTACIONES Y PUENTES. DESDE ENTONCES LOS MATERIALES DE IMPRESIÓN SON CON BASE DE GOMA LOS CUALES HAN IDO MEJORANDO DÍA A DÍA.

LAS RESINAS ACRÍLICAS SE UTILIZARON EN LA FABRICACIÓN DE DIENTES Y AUNQUE NO HAN PODIDO IGUALAR A LOS DIENTES DE PORCELANA, SU INTRODUCCIÓN FUÉ MUY VALIOSA EN LAS FACETAS O CARILLAS PARA LA RESTAURACIÓN DE LAS PRÓTESIS INTERMEDIAS.

EL DESCUBRIMIENTO DE LA PROCAÍNA COMO ANESTÉSICO LOCAL, FUE UN GRAN PASO PARA CONSEGUIR LA COMODIDAD Y COLABORACIÓN DEL PACIENTE. LA PROCAÍNA SUBSTITUYO A LA COCAÍNA, LA CUAL CAUSABA HABITOS.

LA LIDOCAÍNA (XILOCAINA) ANESTÉSICO MÁS EFECTIVO, PRACTICAMENTE ELIMINO EL CONTROL DEL DOLOR EN LA PREPARACIÓN DE DIENTES PARA RESTAURACIÓN.

LOS PRIMITIVOS INSTRUMENTOS CORTANTES PARA LAS PREPARACIONES ERAN MANUALES, EL TORNO DENTAL DE PIE DATA DE 1872, POSTERIORMENTE SE UTILIZARON LAS MÁQUINAS ELÉCTRICAS. SE UTILIZABAN FRESAS DE ACERO, PIEDRAS Y DISCOS DE CARBORUNDO, AUNQUE SE PODÍA CORTAR LA DENTINA CON ESTOS INSTRUMENTOS EL ESMALTE ERA DIFÍCIL DE CORTAR. EL ADVENIMIENTO DE PIEDRAS Y DISCOS DE DIAMANTE REPRESENTÓ UN PASO IMPORTANTE, SEGUIDO, AÑOS DESPUES POR FRESAS DE ACERO DE CARBURO.

EL TORNO DENTAL, SIN EMBARGO, SEGUÍA SIENDO UN MARTIRIO PARA EL PACIENTE, EL RUIDO Y VIBRACIÓN ORIGINADAS POR LA PIEZA DENTAL (PIEZA DE MANO), CERCA DEL APARATO AUDITIVO A TRAVÉS DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO SEGUÍA SIENDO UNA FUENTE DE TENSIÓN Y MIEDO.

LOS EXPERIMENTOS LLEVADOS A CABO CON TALADROS Y BROCAS INDUSTRIALES, LLEVANDOLAS A VELOCIDADES HASTA DE 100 000 R.P.M. DEMOSTRARON QUE LOS INSTRUMENTOS DE DIAMANTE CORTAN MÁS EFECTIVAMENTE A ESTA VELOCIDAD Y QUE LAS VIBRACIONES PRODUCIDAS QUEDAN POR ENCIMA DEL UMBRAL DEL APARATO AUDITIVO HUMANO. SE INICIO EL LARGO PROCESO DE TRANSFORMACIÓN PARA LOGRAR EMPEQUEÑECER EL VOLUMINOSO EQUIPO INDUSTRIAL Y AMOLDARLO A LAS NECESIDADES DEL CONSULTORIO DENTAL, HASTA LLEGAR

A LA MODERNA PIEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD CON TURBINA -
IMPULSADA POR AIRE. ESTAS TURBINAS HAN HECHO MÁS PARA FACILI
TAR LA PREPARACIÓN DE LOS DIENTES PARA PUENTES QUE CUALQUIERA
DE LOS DISPOSITIVOS QUE SE USARON ANTERIORMENTE.

LAS PRIMERAS PRÓTESIS FUERÓN SIMPLES ESTRUCTURAS MECÁNICAS
CONFECCIONADAS PARA SUSTITUIR LOS DIENTES PERDIDOS, SE TENIA
ESCASO CONOCIMIENTO DE ANATOMÍA, FISIOLÓGIA E HISTOLOGÍA DE
LAS ESTRUCTURAS BUCALES. LAS PRIMERAS PRÓTESIS FALLABAN, -
LOS RETENEDORES SE AFLOJABAN POR CARIES RECURRENTE, AL IGUAL
QUE LOS DIENTES PILARES POR NO CUBRIR LOS REQUISITOS INDISPEN
SABLES PARA LA SUJETACIÓN DE LAS PRÓTESIS, SU AJUSTE, EQUILI
BRIO Y EL TRAUMA OCLUSAL CAUSABAN LESIONES IRREPARABLES A LOS
TEJIDOS DE SOPORTE, LOS TEJIDOS PULPARES SE NECROSABAN, ORIGI
NANDO PROCESOS INFECCIOSOS PERIAPICALES Y PARODONTALES. DURAN
TE MUCHOS AÑOS LAS PRÓTESIS DENTALES PERMANECIERON EN MUY -
BAJA ESTIMACIÓN.

LA PROMULGACIÓN DE BLACK SOBRE EL CONCEPTO DE LAS ÁREAS -
INMUNES REVOLUCIONÓ ESTA RAMA DE LA ODONTOLOGÍA, ESTOS CONCEP
TOS SE RELACIONAN CON LA INCIDENCIA DE CARIES. SUS PRINCI
PIOS SE HAN CONVERTIDO EN LA BASE DEL DISEÑO DE LOS RETENE
DORES.

CON EL DESCUBRIMIENTO DE LOS RAYOS ROENTGEN (R.X.) EN EL
AÑO DE 1895 SE FACILITÓ MUCHO EL DIAGNOSTICO DE LAS ENFERME
DADES BUCALES, SE HIZO POSIBLE LA LOCALIZACIÓN DE CARIES -

INCIPIENTE, DE AFECCIONES APICALES Y PERIODONTALES, LOCALIZACIÓN DE TUMORES Y DIENTES RETENIDOS.

LOS ADELANTOS EN EL ESTUDIO DE LA ANATOMÍA, FISILOGIA E HISTOLOGÍA BUCAL, ASÍ COMO LOS MECANISMOS DE LA OCLUSIÓN FACILITARON QUE LAS PRÓTESIS SE PUDIERAN CONFECCIONAR CON MAYOR PRECISIÓN Y AJUSTE SOBRE LOS TEJIDOS Y PIEZAS DE SOPORTE, EVITANDO CON ESTO COMPLICACIONES FUTURAS.

I.1. DEFINICIONES

PRÓTESIS.- ETIMOLÓGICAMENTE SIGNIFICA LA COLOCACIÓN DE UNA COSA SOBRE OTRA, DELANTE DE OTRA Y TAMBIÉN EN LUGAR DE OTRA. DERIVADA DEL GRIEGO "PRO" DELANTE, EN LUGAR DE Y "THESIS", COLOCAR. EN CIENCIAS MÉDICAS, PRÓTESIS ES: "LA PARTE DE LA TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA QUE TIENE POR OBJETO REEMPLAZAR MEDIANTE UNA RESTAURACIÓN ARTIFICIAL, UN ÓRGANO PERDIDO TOTALMENTE O EN PARTE U OCULTAR UNA DEFORMIDAD".

LA PRÓTESIS DENTAL ES EL ARTE DE LA ODONTOLOGÍA QUE TIENE COMO OBJETO SUSTITUIR UNO O MÁS DIENTES QUE SE HAN PERDIDO, DEVOLVIÉNDOLE LAS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS, FISIOLÓGICAS Y ESTÉTICAS POR MEDIO DE APARATOS.

LA PRÓTESIS DENTAL SE SUBDIVIDE EN PRÓTESIS PARCIAL FIJA Y PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

- A) PRÓTESIS PARCIAL FIJA O PUENTE FIJO.- TAMBIÉN CONOCIDO - COMO PRÓTESIS DENTO-SOPORTADA, ES LA RESTAURACIÓN COMPLETA DE UN SÓLO DIENTE O EL REEMPLAZO DE UNO O MÁS DIENTES, - MEDIANTE LA INSTALACIÓN DE UN APARATO PARCIAL FIJO.
- B) PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE O PRÓTESIS DENTO-MUCOSOPORTADA. ES AQUEL DISPOSITIVO PROTÉSICO QUE SUSTITUYE A DIENTES - PERDIDOS EN PRESENCIA DE DIENTES REMANENTES Y QUE SE MANTIENEN EN POSICIÓN DENTRO DE LA CAVIDAD ORAL, POR MEDIO DE ANCLAJES O GANCHOS (RETENEDORES) QUE INVOLUCRAN A LOS DIENTES PILARES O ADITAMENTOS DE PRECISIÓN SOPORTADA BAJO PRESIÓN MASTICATORIA Y QUE PUEDE SER RETIRADA DE LA BOCA A - VOLUNTAD DEL PACIENTE.
- C) PRÓTESIS MUCO-SOPORTADA O PROSTODONCIA TOTAL.- ES UNA PRÓTESIS REMOVIBLE QUE VA A REEMPLAZAR A TODOS LOS DIENTES DE UNA O AMBAS ARCADAS. ESTE TIPO DE PRÓTESIS VA DIRECTAMENTE SOBRE LA MUCOSA Y EL REVORDE ALVEOLAR, CUANDO ESTÁN EN CONDICIONES NORMALES.
- D) PUENTE FIJO REMOVIBLE.- EN ESTE TIPO DE PRÓTESIS FIJA SE INTRODUCE EL PRINCIPIO DE ROMPEFUERZAS, QUE DIVIDE AL PUENTE EN DOS SECCIONES POR MEDIO DE UNA COLA DE MILANO Y UNA RANURA.

E) PUENTE VOLADO O DE CANTIL LIBRE.- ES EL ÚNICO PUENTE DE DOS UNIDADES, ES DECIR QUE TIENE UN RETENEDOR Y UN PÓNTICO UNIDOS RIGIDAMENTE, YA SEA POR SOLDADURA O COLADO, QUE VAN A APOYARSE SOBRE EL PILAR OPUESTO POR MEDIO DE UNA COLA DE MILANO O UN APOYO PALATINO.

I.2 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES:

- A) QUE CUMPLA LA LEY DE ANTE (LA SUMA DE LAS SUPERFICIES PARODONTALES DE LOS DIENTES POR SUSTITUIR, DEBERÁ SER IGUAL O MENOR A LA SUMA DE LAS SUPERFICIES PARODONTALES DE LOS DIENTES PILARES).
- B) OPTIMA RELACIÓN CORONA-RAÍZ, LA PROPORCIÓN ACEPTABLE ES DE 1 A 1,5 EN MEDIA LONGITUDINAL.
- C) TEJIDOS BLANDOS Y PERIODONTALES EN CONDICIONES NORMALES Y PULPA VITAL O EN CASO DE HABER SIDO TRATADO ENDODÓNTICAMENTE, QUE ESTÉ OBTURADO ADECUADAMENTE Y NO EXISTA REABSORCIÓN APICAL.
- D) QUE NO EXISTA MOVILIDAD DENTARIA.
- E) BUENA HIGIENE BUCAL.

- F) ESTUDIO MINUCIOSO DE LA OCLUSIÓN (R.C/O.C.).
- G) ESTUDIO RADIOGRAFICO.
- H) BRECHAS CORTAS O CUANDO ES AMPLIA, QUE EXISTAN CUANDO MENOS UNO O DOS DIENTES ALTERNADOS.
- I) DIENTES NORMALMENTE FORMADOS Y DESARROLLADOS.
- J) CUANDO EXISTAN DIENTES EN GIROVERSIÓN O EL TRATAMIENTO - ORTODÓNTICO NO HA SIDO POSIBLE DE EFECTUARLO.
- K) ENFERMEDADES SISTÉMICAS.- EN EL CASO DE PACIENTES CON POSIBILIDADES DE SUFRIR PÉRDIDAS REPENTINAS DE CONCIENCIA O - ESPASMOS COMO LA EPILEPSIA.
- L) FONACIÓN.- EL REEMPLAZO DE UNO O MÁS DIENTES POR MEDIO DE UNA PRÓTESIS, PUEDE AYUDAR A LA CORRECCIÓN DE UN DEFECTO EN LA FONACIÓN.

CONTRAINDICACIONES;

- A) CUANDO EL ESPACIO DESDENTADO ES TAN AMPLIO, QUE PUEDE COMPROMETER LA SALUD DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE DE LOS DIENTES PILARES.
- B) QUE NO CUMPLA LA RELACIÓN CORONA-RAÍZ.
- C) CUANDO EL HUESO DE SOPORTE SE HA REABSORBIDO.

- D) EN PACIENTES SENILES POR FALTA DE RESILENCIA A LA MEMBRANA PERIODONTAL Y TEJIDO ÓSEO.
- E) CUANDO LOS DIENTES PILARES PRESENTAN ZONAS RADICULARES - EXPUESTAS QUE NO PUEDEN SER CUBIERTAS POR EL RETENEDOR - (EN EL CASO DE RECESIÓN GINGIVAL).
- F) CUANDO NO SE OBSERVE UNA ESTRUCTURA HIGIENE BUCAL.
- G) DIENTES IMPACTADOS Y NO ERUPCIONADOS.
- H) CUANDO EL MACIZO FACIAL SE HALLA AÚN EN CRECIMIENTO.

1.3 VENTAJAS Y DESVENTAJAS

VENTAJAS:

- A) INCREMENTO DE LA FONÉTICA Y ESTÉTICA.
- B) RESTAURACIÓN Y CONSERVACIÓN DE LAS RELACIONES DE CONTACTO DE LAS PIEZAS PILARES CON LOS DIENTES CONTIGUOS, ASÍ COMO LA ARMONÍA DE TODOS LOS DIENTES ENTRE SI.
- C) MANTENIMIENTO DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS.
- D) DURABILIDAD.
- E) CONSERVACIÓN DEL TONO MUSCULAR DE LAS ESTRUCTURAS ANTERIORES.
- F) VAN UNIDOS FIRMEMENTE LOS RETENEDORES A LOS DIENTES.

- G) TIENEN ACCIÓN DE FÉRULA SOBRE LOS DEMÁS DIENTES PILARES QUE VAN ANCLADOS.

DESVENTAJAS:

- A) NECESIDADES DEL DESGASTE DE LOS DIENTES PILARES.
- B) DIFICULTAD DE CONSTRUCCIÓN.
- C) DIFICULTAD DE REPARACIÓN.
- D) ALTO COSTO.

I.4 REQUISITOS PARA SU ELABORACION

- A) CONOCIMIENTO DE LAS FUERZAS EJERCIDAS POR LOS DIFERENTES MOVIMIENTOS MANDIBULARES, ASIMISMO LA RESISTENCIA DE LOS DIENTES Y LOS TEJIDOS DE SOPORTE.
- B) LA MODIFICACIÓN DE LA FORMA NORMAL DE LOS DIENTES CON EL OBJETO DE REDUCIR LAS FUERZAS O AUMENTAR SU RESISTENCIA A ELLAS.
- C) ELIMINACIÓN DE LA CARIES DE DIENTES PILARES O QUE TENGAN ALGUNA RELACIÓN CON ELLOS, CUYA PÉRDIDA PODRÍA AFECTAR EL DISEÑO O DURACIÓN DE LA PRÓTESIS.
- D) PROTECCIÓN DE LA PULPA, DURANTE LA PREPARACIÓN DEL DIENTE Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA PRÓTESIS.

- E) CONSERVACIÓN DE LA OCLUSIÓN.
- F) SEGUIR LOS LINEAMIENTOS DEL TALLADO DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE ADECUADO, PARA LA OBTENCIÓN DE UNA PREPARACIÓN -
ACCEPTABLE Y NO LESIONAR LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE.
- G) LA PRÓTESIS DEBE ESTAR CONFECCIONADA DE MANERA TAL QUE -
PERMITA SU FUNCIONAMIENTO NORMAL, UNA ADECUADA ANATOMÍA,
ARMONÍA, COMODIDAD Y ESTÉTICA DE LA MISMA.

C A P I T U L O II

HISTORIA CLINICA

LA HISTORIA CLÍNICA ES UNO DE LOS PRINCIPALES FACTORES QUE PUEDEN ATRIBUIRSE AL ÉXITO O FRACASO DE UN TRATAMIENTO. -- EN ÉSTA, SE ANOTARÁN TODOS LOS DATOS DE INTERÉS CLÍNICO PARA EL ODONTÓLOGO, PUEDE HACERSE UNA EVALUACIÓN LÓGICA A PARTIR DE LOS DATOS QUE PROPORCIONAN LAS HISTORIAS MÉDICAS, LOS EXÁMENES BUCALES, EXTRA BUCALES, LOS RADIOLÓGICOS, LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE LOS DIENTES REMANENTES PRINCIPALMENTE LOS - QUE PRESENTAN LESIONES DE CARIES O RESTAURACIONES LA PRUEBA DE VITALIDAD PULPAR, LOS MODELOS DE DIAGNÓSTICO.

EXISTEN DOS MANERAS DE CONOCER EL ESTADO GENERAL DEL -- PACIENTE Y SON:

- 1- CONSISTENTE EN DISPONER DE DATOS QUE PERMITAN EVALUAR CON PRECISIÓN AL PACIENTE QUE SE VA A TRATAR.
- 2- COLABORANDO CON EL MÉDICO GENERAL PARA RESOLVER DE UNA MANERA INTEGRAL EL PROBLEMA DEL PACIENTE, PARA CUMPLIR CON ESTE COMETIDO EL CIRUJANO DENTISTA DEBERÁ EJECUTAR UN

EXAMEN MINUCIOSO MÁS ALLA DE LO CORRESPONDIENTE A UN EXAMEN BUCAL Y DEBERÁ HACERSE UN INTERROGATORIO Y UNA EXPLORACIÓN GLOBAL Y GENERAL, LA EXPLORACIÓN ODONTOLÓGICA - DEBERÁ SER MÁS DETALLADA.

DIAGNÓSTICO:

ES EL PASO A SEGUIR PARA IDENTIFICAR UNA ANORMALIDAD EXISTENTE EN LA CAVIDAD BUCAL Y DETERMINAR SUS CAUSAS.

II.1 ASPECTOS GENERALES

- A) NOMBRE DEL PACIENTE.- PARA EL ARCHIVO PERSONAL SE PONE EL NOMBRE COMPLETO, PARA TRATAR EL CASO CON MÁS PERSONAS SE PONEN LAS SIGLAS DEL NOMBRE CON RESPECTO A LA PERSONA.
- B) EDAD.- ES IMPORTANTE PORQUE HAY ENFERMEDADES QUE SE PRESENTAN EN CIERTAS ÉPOCAS DE LA VIDA.
- C) OCUPACIÓN.- HAY ENFERMEDADES QUE SE DESARROLLAN EN DIFERENTES TRABAJOS.
- D) FECHA DE NACIMIENTO.
- E) ESTADO CIVIL.
- F) ORIGEN RACIAL.
- G) DOMICILIO.
- H) TELÉFONO.

11.2 ANTECEDENTE HEREDOFAMILIARES

ES UNO DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES, EL CUAL SIRVE DE APOYO AL CIRUJANO DENTISTA PARA LLEGAR AL DIAGNÓSTICO. -- SE LE INTERROGARÁ AL PACIENTE SI EN SU FAMILIA SE HAN PRESENTADO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- A) DIABETES.- AUMENTAN LAS PROBABILIDADES DE PADECERLA SI UNO DE LOS PADRES LA PADECE, Y MAYOR PROBABILIDAD SI SON LOS DOS, AL IGUAL SE PREGUNTARA DE LOS ABUELOS, TIOS Y HERMANOS.
- B) ENFERMEDADES HEMORRÁGICAS.- PRINCIPALMENTE HEMOFILIA, LA CUAL ES HEREDITARIA, CARACTERIZADA POR UNA DEFICIENCIA DEL FACTOR VIII (ANTIHEMOFÍLICO) Y QUE SE TRASMITE POR UNA MADRE PORTADORA A SU PROGENIE MASCULINO. O CUALQUIER ALTERACIÓN EN EL TIEMPO DE SANGRADO, TIEMPO DE COAGULACIÓN, TIEMPO DE PROTOMBINA, ETC.
- C) OBESIDAD.- ES UNA DE LAS ENFERMEDADES METABÓLICAS MAS IMPORTANTES, AUNQUE LA MAYORÍA DE LAS CAUSAS DE OBESIDAD SON DEBIDAS A UNA SIMPLE SOBREALIMENTACIÓN QUE ES CAUSADA POR PROBLEMAS EMOCIONALES, FAMILIARES METABÓLICOS Y GENÉTICOS, ALGUNAS ALTERACIONES ENDOCRINAS CONDUCE A TIPOS ESPECÍFICOS DE OBESIDAD.
- D) SÍFILIS.- ESTA ES UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA CRÓNICA CAUSADA POR EL TREPONEMA PALLIDUM, PRODUCE UNA INFECCIÓN LINFÁTICA Y SE PRODUCE DIFUSIÓN HEMATÓGENA (TREPONEMIA);

LA INFECCIÓN DESDE EL COMIENZO ES GENERALIZADA; MAS TARDE LA ENFERMEDAD SE LOCALIZA EN DIVERSOS LUGARES, SE REQUIERE DE CONTACTO DIRECTO PARA PADECERLA.

- E) TUBERCULOSIS.- ES UNA ENFERMEDAD MUY DIFUNDIRA SE LE CONOCE TAMBIÉN COMO INFECCIÓN ACIDORRESISTENTE. SON FACTORES PREDISPONENTES UNA NUTRICIÓN DEFICIENTE, UN EJERCICIO FÍSICO AGOTADOR, LAS ENFERMEDADES GENERALES QUE DEBILITAN AL PACIENTE, LA SOBREPoblACIÓN MOMENTÁNEA Y CIERTAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.
- F) ABORTO.- EL LLAMADO ABORTO ESPONTÁNEO (NO PROVOCADO ARTIFICIALMENTE) PUEDE SER DE CAUSA PATERNA, POR DEBILIDAD O ESCASA VITALIDAD DE LOS ESPERMATOZOIDES, PUEDE SER POR CAUSA FETAL, MUERTE DEL FETO POR GRAVE INFECCIÓN TRANSMITIDA POR LA SANGRE DE LA MADRE. GENERALMENTE EL ABORTO RECAE SOBRE EL ORGANISMO MATERNO, PUDIENDO SER DE TIPO GENERAL Y LOCAL, COMO TUMORES DE ÚTERO, DEFORMACIÓN CONGÉNITA DEL MISMO, DIABETES, SÍFILIS Y CASI TODAS LAS INFECCIONES AGUDAS CRÓNICAS.
- H) CARDIOPATÍAS.- ES DE GRAN IMPORTANCIA QUE EL ODONTÓLOGO NO IGNORE LOS POSIBLES PROBLEMAS QUE PLANTEAN LOS PACIENTES CON PREDISPOSICIÓN FAMILIAR O ENFERMOS DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR, LAS INFECCIONES DE ORIGEN DENTAL PUEDEN OCASIONAR O AGRAVAR UNA ENDOCARDITIS, SE DEBE DE TENER SUMO CUIDADO AL MANEJAR ANESTÉSICOS.

- I) ALCOHOLISMO.- PRINCIPALMENTE POR LOS PROBLEMAS QUE PRESENTAN COMO SON: CIRROSIS HEPÁTICA, NEUROPATÍA PERIFÉRICA, LESIÓN CEREBRAL, CARDIOMIOPATÍA, GASTRITIS, PUEDE LLEGAR A DESARROLLARSE PANCREATITIS Y PROVOCAR CON ESTO PADECIMIENTOS A NIVEL GENERAL.
- J) HIPERTENSIÓN ARTERIAL.- ES TODA ELEVACIÓN SOSTENIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL POR ARRIBA DE 140/90 MM DE HG. MEDIDA EN TRES OCASIONES DIFERENTES. ES UN TRASTORNO MULTICASUAL DE LA HEMOSTASIA, ENTRE LOS FACTORES IMPLICADOS SE ENCUENTRAN EL STRESS, FACTORES DE TIPO POLIGÉNICO, INGESTA DE CLORURO DE SODIO, PESO Y TABAQUISMO.
- K) FIEBRE REUMÁTICA.
- L) NEOPLASIAS.- LAS CAUSAS PUEDEN SER A NIVEL ORAL O GENERAL.
- M) TOXICOMANIA.
- N) DEFORMACIONES CONGÉNITAS.

II.3 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

SE INTERROGARÁ AL PACIENTE SOBRE SU ALIMENTACIÓN, DE ACUERDO A SUS RESPUESTAS SE VERA SI ÉSTA ES BIEN BALANCEADA EN PROTEÍNAS, HIDRATOS DE CARBONO, GRASAS Y VITAMINAS.

SE LE PREGUNTARÁ SOBRE LA CASA HABITACIÓN, DE CUANTOS -- CUARTOS SE COMPONE, CUANTAS PERSONAS VIVEN EN ELLA, EN QUE CONDICIONES LA HABITAN, COMO ES LA HIGIENE PERSONAL, COMO ES LA HIGIENE ORAL, SI TIENE HÁBITOS COMO FUMAR, BEBER Y TOXICOMANIAS, SI REALIZA O NO ALGÚN DEPORTE FÍSICO Y ANTECEDENTES OCUPACIONALES.

II.4 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

PATOLÓGICO.- ES EL CONJUNTO DE ENFERMEDADES DE LA PERSONA A LA CUAL ESTAMOS ESTUDIANDO, LAS QUE HA PRESENTADO DURANTE TODA SU VIDA Y SE REALIZA POR ORDEN CRONOLÓGICO.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| A) ANTECEDENTES LEÚTICOS | Ñ) AMIGDALITIS |
| B) ANTECEDENTES FÍMICOS | O) DIFTERIA |
| C) DIABETES | P) FIEBRE REUMÁTICA |
| D) ASMA | Q) SARAMPIÓN |
| E) TRAUMAS | R) VARISELA |
| F) CORTICOIDES | S) RUBEOLA |
| G) MUTILACIONES | T) ESCARLATINA |
| H) ALERGIAS | U) VIRUELA |
| I) PALUDISMO | V) PAROTIDITIS |
| J) EPILEPSIA | X) ACCIDENTES VASCULARES |
| K) INFECCIONES RESPIRATORIAS | Y) INFARTOS AL MIOCARDIO |
| L) HEPATÍTIS | Z) EPITAXIS |
| LL) DISENTERÍA | A) HEMOPTISIS |
| M) BRUSELOSIS | B) TROMBOFLEBITIS |
| N) PARASITOSIS | |

EN CADA UNO DE LOS PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES SE ANOTARÁ LA DURACIÓN DEL PADECIMIENTO Y EDAD EN LA CUAL LA PRESENTÓ Y SI ESTA SE PRESENTÓ POR CONTAGIO, O FUE HEREDITARIA.

II.5 ANTECEDENTES QUIRURGICOS

FECHA EN QUE SE REALIZÓ LA INTERVENCIÓN Y EL TIPO DE OPERACIÓN REALIZADA.

5.1 ANTECEDENTES ANESTÉSICOS.

TIPO DE ANESTÉSICOS, TRATAMIENTO Y SECUELAS, SI SE HA REALIZADO EXÁMENES DE LABORATORIO, TIPO DE SANGRE, TIEMPO DE COAGULACIÓN Y TIEMPO DE SANGRADO.

5.2 ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS.

SE INVESTIGARÁ MANIFESTACIONES DE ALERGIAS A CIERTOS MEDICAMENTOS, ESPECIALMENTE DE LA PENICILINA.

II.6 PADECIMIENTO ACTUAL

ES DECIR EL PADECIMIENTO POR EL CUAL SE PRESENTÓ LA PERSONA PARA SER TRATADA, SEÑALAR LA FECHA DE INICIACIÓN, EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA, CAUSA DESENCADENANTE, SÍNTOMAS Y FENÓMENOS ACOMPAÑANTES Y MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE EL PACIENTE.

LAS PREGUNTAS QUE SE HACEN SON:

- A) DESDE CUANDO ESTA ENFERMO, (PARA SABER SI SE TRATA DE UN PADECIMIENTO AGUDO O CRÓNICO).
- B) CUAL ES LA CAUSA APARENTE DE SU ENFERMEDAD (PARA SABER A QUE SE LE ATRIBUYE SU PADECIMIENTO).
- C) CUÁLES SON LAS MOLESTIAS (AQUÍ SE LE DEJA AL PACIENTE - QUE HABLE EN FORMA ESPONTÁNEA Y EXPRESE SUS MOLESTIAS).

II.7 INTERROGATORIOS POR APARATOS Y SISTEMAS

7.1 APARATO DIGESTIVO.

SE REALIZA EL SIGUIENTE CUESTIONARIO:

- A) PREGUNTAR SI TIENE AGRURAS (QUE ES LA SENSACIÓN DE REPETICIÓN DE LOS ALIMENTOS EN FORMA DESAGRADABLE, ASEDA).
- B) ERUCTOS (EXPULSIÓN DE GASES POR LA BOCA).
- C) SI TIENE APETITO.
- D) ANOREXIA.
- E) DOLOR A LA DIGESTIÓN.
- F) DIGESTIÓN RETARDADA.

- G) ÚLCERA DEL ESTÓMAGO.
- H) COLÍTIS.
- I) NÁUSEAS.
- J) VÓMITOS.
- K) DISFAGIA.
- L) AEROFAGIA.
- LL) DOLOR ABDOMINAL
- M) DOLOR O PESADEZ EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO (HÍGADO),
- N) DIARREAS.
- Ñ) ESTRIBIMIENTO.
- O) PARASITOSIS.
- P) OBESIDAD.

7.2 APARATO CARDIOVASCULAR.

- A) SI SUFRE DE DISNEAS.
- B) PALPITACIONES.
- C) DOLOR PRECORDIAL.
- D) CEFALÉAS.
- E) VÉRTIGOS EN CAMBIOS BRUSCOS.
- F) CIANOSIS.
- G) HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

H) VARICES.

I) FOSFENOS (SENSACIÓN DE PUNTOS BRILLANTES EN EL AIRE).

J) AGUFENOS (SUMBIDO DE OÍDO).

7.3 APARATO RESPIRATORIO.

A) ¿PADECE CATARROS O TOS FRECUENTEMENTE?

B) ¿TOS SECA CON FLEMAS?

C) ¿MATUTINA, NOCTURNA O AMBAS?

D) ¿LA EXPECTORACIÓN SE ACOMPAÑA DE SANGRE?

SISTEMÁTICAMENTE SE AUSCULTARÁ LAS INSPIRACIONES EN PULMÓN Y EL NÚMERO DE ELLAS POR MINUTO.

7.4 APARATO GENITOURINARIO.

A) SE PREGUNTARÁ SOBRE LA CANTIDAD DE ORINA EMITIDA - DURANTE LAS 24 HORAS (CUANDO SE ORINA MUCHO PUEDE SER DIABÉTICO).

B) SI SON NORMALES LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA.

7.5 APARATO GENITAL.

SE HARÁ ÚNICAMENTE INTERROGATORIO.

A) FECHA DE LA MENARCA.

B) RITMO MENSTRUAL.

c) NÚMERO DE EMBARAZOS, INCLUYENDO ABORTOS, ANOTAR CAUSA Y EDAD DE LOS PRODUCTOS MUERTOS. NORMORREICA O DISMINORREICA.

SI LA MUJER PASA DE LOS 45 AÑOS, SE INTERROGARÁ -- DISCRETAMENTE SOBRE MENOPAUSIA: AMENORREA, TRASTORNOS PSÍQUICOS Y VASO MOTORES. SI CONSULTA MUJERES DE VIDA GENITAL ACTIVA; PREGUNTAR LA FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACION, SI ESTÁ SE SUSPENDIÓ, SE DEDUCE EMBARAZO (SI LA MUJER ES BIEN REGLADA).

7.6 SISTEMA NERVIOSO.

SE PREGUNTARÁ SI TIENE ALGUNA ALTERACIÓN EN ALGUNO DE SUS SENTIDOS, VISIÓN, GUSTO, OLFATO, AUDICIÓN Y TACTO, SI EXISTEN TRASTORNOS EN LA SENSIBILIDAD, EXISTE DISMINUCIÓN DE LA MEMORIA, SI ES NERVIOSO CEFALEA, DOLORES FACIALES, PARALISIS, ATROFIAS, DISNEAS.

7.7 SISTEMA ENDÓCRINO.

SOMERAMENTE, SE RECOGERÁN ALGUNOS ASPECTOS ENDÓCRINOS, RECORDAR EL CRITERIO DE KRECHMER; "LAS GLÁNDULAS ENDÓCRINAS PRESIDEN LA FORMACIÓN DE NUESTRO CUERPO Y NUESTRA ALMA".

LAS GLÁNDULAS DE SECRECIÓN INTERNA ESTÁN CONTROLADAS - (ESTIMULADAS O INHIBIDAS) POR EL HIPOTÁLAMO HIPOFISARIO, EXCEPTO LAS GLÁNDULAS PARATIROIDES Y EL PÁNCREAS QUE -- CARECEN DE INFLUENCIA "DIRECTA" DE LA HIPÓFISIS.

ES IMPORTANTE CONSIDERAR LA FUNCIÓN ENDÓCRINA DEL PÁNCREAS, EN CASO DE EFECTUAR ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EXODÓNTICA, CONSIDERAR QUE EN CASO DE ANTECEDENTES DIABETÓGENOS LA GLICEMIA NO DEBERÁ EXCEDER DE 180 MGRS. POR %.

EN LA DIABETES DEBERÁ MOSTRAR LOS SIGUIENTES PUNTOS O SIGNOS; POLIFURIA, POLIFAGIA, POLIDIPSIA.

EN EL HIPERTIROIDISMO SE PRESENTA DIARREA Y TEMBLOR DIGITAL, TOLERANCIA AL CALOR EN CASO DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL, PRESENTARÁ FALTA DE APETITO, VÓMITO, PÉRDIDA DE PESO, INTOLERANCIA AL FRÍO. DATOS DE HIPO, DOLORS ÓSEOS, TORPEZA AL HABLAR, SUDORACIÓN ABUNDANTE.

7.8 SISTEMA HEMATOPOYÉTICO Y LINFÁTICO.

SI EXISTE ANEMIA, PALIDEZ, PALPITACIONES, SANGRADO ANORMAL. EQUIMOSIS EN TRAUMATISMOS LEVES, SANGRADO PROLONGADO EN HERIDAS, EPITAXIS, GINGIVORRAGIA; ESTE GRUPO DE PREGUNTAS PERMITE IDENTIFICAR LA ANEMIA Y LAS ENFERMEDADES HEMORRAGIPARAS.

II.8 ESTUDIO RADIOGRAFICO

NO PUEDE CONSIDERARSE QUE UN EXAMEN DENTAL SEA COMPLETO SIN TOMAR RADIOGRAFÍAS ADECUADAS. LA ELABORACIÓN DE PRÓTESIS SIN UN ESTUDIO RADIOGRÁFICO CONSTITUYE UNA PRÁCTICA DEFICIENTE.

LOS DATOS QUE PUEDEN OBTENERSE DE UNA INTERPRETACIÓN ADECUADA DE LAS RADIOGRAFÍAS ES UNO DE LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DEL EXAMEN DENTAL. ADEMÁS DE DESCUBRIR CARIES INCIPIENTE, RESIDIVA DE LA MISMA EN LOS MÁRGENES DE LAS OBTURACIONES, OBTURACIONES DE CANALES RADICULARES INCORRECTOS Y PRESENCIA DE DIENTES IMPACTADOS O NO ERUPCIONADOS, QUISTES Y OTROS PROCESOS PATOLÓGICOS, LA RADIOGRAFÍA PROPORCIONA AL EXAMINADOR VALIOSOS DATOS EN LA RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS Y POSIBLE RESISTENCIA DEL PROCESO DESTINADO A SOPORTAR LA PRÓTESIS. ADEMÁS DE REVELAR LA PRESENCIA DE PROCESOS PATOLÓGICOS Y -- OTRAS ANOMALÍAS, LAS RADIOGRAFÍAS BRINDARÁN DATOS ÚTILES - PARA ESTABLECER EL VALOR POTENCIAL DE UN POSIBLE DIENTE PILAR TALES COMO:

- A) MORFOLOGÍA DE LA RAÍZ.
- B) ALTURA DEL HUESO.
- C) CALIDAD DEL MISMO.
- D) PROBABLE REACCIÓN DEL HUESO AL SOMETERLO A FUERZAS MAYORES.

ESTE ESTUDIO RADIOGRÁFICO ES MUY IMPORTANTE YA QUE NOS - AYUDA A REAFIRMAR LOS CONOCIMIENTOS OBTENIDOS ANTERIORMENTE. DEBE INCLUIR COMO MÍNIMO 14 PLACAS RADIOGRÁFICAS PERIAPICALES, EN ALGUNOS CASOS ESPECIALES PODRÁN SER DE UTILIDAD CEFALOMETRÍAS, RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS, CONDILOGRAFÍAS Y OCLUSALES.

LAS RADIOGRAFÍAS PERMITEN DETECTAR:

DIENTES.

CORONA:

- A) CARIES
- B) ESTADO DE OBTURACIÓN
- C) ANCHO DE LA CAMARA PULPAR
- D) ESTADO PULPAR
- E) REACCIÓN DE DEFENSAS DENTINARIAS
- F) ESTADO DE ADAPTACIÓN DE CORONAS

RAÍZ CLÍNICA:

- | | |
|--------------|------------------------------|
| A) NÚMERO | F) MORFOLOGÍA |
| B) TAMAÑO | G) REABSORCIONES |
| C) FORMA | H) APICETOMÍA |
| D) POSICIÓN | I) OBTURACIONES DE CONDUCTOS |
| E) ANOMALÍAS | J) CONDICIÓN APICAL |

CEMENTO:

- A) NORMAL
- B) CEMENTOSIS
- C) REABSORCIONES

PERIODONTO:

- A) ANCHO PERIODÓNTICO
- B) GRANULOMAS
- C) ABSCESO
- D) QUISTES

HUESO ALVEOLAR:

- A) ESPONJOSATRABÉCULAR Y SISTEMAS TRAYECTORIALES (TRAMA Y DIRECCIÓN)
- B) CALCIFICACIÓN
- C) REABSORCIÓN DE CRESTAS

HUESO MAXILAR:

- A) CORTICAL MAXILAR (ESTADO DE CICATRIZACIÓN)
- B) DIENTES RETENIDOS
- C) RESTOS DENTÍGENOS

C A P I T U L O I I I

VALORACION CLINICA DEL PACIENTE

III.1 EXAMEN PREVIO

ESTE SE REALIZA PARA ELEGIR EL APARATO PROTÉSICO MÁS CONVENIENTE Y FORMULAR UN CUIDADOSO PLAN DE TRATAMIENTO, ES NECESARIO CONOCER A LA PERSONA QUE VA A UTILIZAR LA PRÓTESIS, DE MANERA QUE LOS DIFERENTES CRITERIOS QUE SE FORMULEN PUEDAN BASARSE EN EL CONOCIMIENTO CABAL DE SU SALUD GENERAL Y ESTRUCTURA EMOCIONAL, ASÍ COMO DE SU ESTADO DENTAL. COMO FUENTE ÚNICA DE OBTENER ESTA INFORMACIÓN ES A TRAVÉS DE UNA INVESTIGACIÓN DETALLADA Y ORDENADA DEL PACIENTE.

COMUNMENTE EL EXAMEN SE DIVIDE EN UN ESTUDIO PRELIMINAR REALIZADO EN UNA CITA Y UN EXAMEN DEFINITIVO, QUE SE LLEVA A CABO EN LA SIGUIENTE FORMA:

SE REQUIERE DE UN MÍNIMO DE DOS CITAS PARA PODER REVELAR LAS RADIOGRAFIAS, CORRER LOS MODELOS DE ESTUDIO Y ORGANIZAR LO YA MENCIONADO YA QUE FORMAN PARTE INTEGRAL DEL EXAMEN.

III.2 INSPECCION VISUAL Y PALPACION

EL EXAMEN VISUAL Y LA PALPACIÓN DEBEN LLEVARSE A CABO CON LUZ SUFICIENTE Y ADECUADA, ESPEJO, EXPLORADOR Y ZONDA PARODONTAL. DEBE DISPONERSE DE JERINGA DE AIRE PARA SECAR DETERMINADAS SUPERFICIES AL EXAMINARLAS, YA QUE LA SALIVA SE CARACTERIZA POR SU CAPACIDAD PARA OCULTAR ALGUNAS EXTRACTURAS DE LA CAVIDAD BUCAL. DE HECHO LAS GOTAS DE HUMEDAD PUEDEN OBSCURECER EN FORMA NOTABLE ALGUNAS SUPERFICIES DE MANERA QUE NO SE ADVIERTAN SIGNOS IMPORTANTES PARA EL DIAGNÓSTICO; EL EXAMEN VISUAL REVELARA MUCHOS SIGNOS DE LA ENFERMEDAD DENTAL. ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA, LA CONSIDERACIÓN DE LA SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES, EL NÚMERO DE DIENTES RESTAURADOS, LOS SIGNOS DE RECIVIDAD DE CARIES Y TODA EVIDENCIA DE DESCALCIFICACIÓN DEBE TENERSE EN CUENTA.

SÓLO AQUELLOS PACIENTES QUE MUESTREN BUENOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL Y BAJA SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES, PUEDEN SER CONSIDERADOS COMO PORTADORES DE BUENOS DIENTES PILARES.

EN EL MOMENTO DEL EXAMEN INICIAL DEBE BUSCARSE EVIDENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, INFLAMACIÓN DE ZONAS GINGIVALES Y GRADOS DE RETRACCIÓN GINGIVAL. ADEMÁS, MEDIANTE INSTRUMENTACIÓN DEBEN DETERMINARSE LAS PROFUNDIDADES DE LAS BOLSAS PARODONTALES Y EL EXAMEN DIGITAL DEBE EVALUAR EL GRADO DE MOVILIDAD DE LOS DIENTES.

III.3 EXAMEN BUCAL

UN EXAMEN BUCAL COMPLETO DEBE SEGUIR UN PROCEDIMIENTO DE - REHABILITACIÓN BUCAL, INCLUIRSE ADEMÁS DEL EXAMEN VISUAL Y DIGITAL DE DIENTES Y TEJIDOS ADYACENTES, REALIZADOS MEDIANTE ESPEJO, EXPLORADOR Y LA ZONDA PARODONTAL, UN ANÁLISIS RADIOGRÁFICO INTRAORAL COMPLETO, PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR EN - PIEZAS DENTARIAS ESCENCIALES Y UN EXAMEN DE MODELOS ORIENTADOS, CORRECTAMENTE EN UN ARTICULADOR.

DURANTE EL EXAMEN, EL OBJETIVO PRINCIPAL ES EL MANTENER LAS ESTRUCTURAS REMANENTES EN ESTADO DE SALUD DURANTE EL MAYOR - TIEMPO POSIBLE Y LA ELIMINACIÓN DE LA INFECCIÓN.

LOS OBJETIVOS PRIMARIOS DEBEN SER:

- A) PREVENCIÓN DE LA MIGRACIÓN DENTARIA Y LA CORRECCIÓN DE LAS INFLUENCIAS TRAUMÁTICAS.
- B) EL MEJOR MÉTODO PARA RESTAURAR LA FUNCIÓN PERDIDA DENTRO DE LOS LÍMITES DE TOLERANCIA DE LOS TEJIDOS DEL PACIENTE.
- C) COMO MANTENER O MEJORAR LA APARIENCIA DE LA BOCA. REALIZADOS LOS DOS PRIMEROS OBJETIVOS, SE TRATARÁ DE SATISFACER EL REQUISITO DE UNA RESTAURACIÓN CONFORTABLE Y ESTÉTICAMENTE AGRADABLE.

III.4 EXPLORACION CON LA BOCA CERRADA

SE EXAMINAN LOS LABIOS EN POSICIÓN DE DESCANSO, SE OBSERVA COLOR, TEXTURA, CONTORNO DE LA SUPERFICIE INTERNA DEL MISMO Y TAMBIÉN LA INSERCIÓN DE LOS FRENILLOS LABIALES SUPERIORES E INFERIORES, LA PORCIÓN DE LA ENCÍA EN RELACIÓN CON LOS DIENTES ENTRE SÍ, LOS DIENTES AUSENTES, CARA LABIAL DE LOS DIENTES PERMANENTES, SE EXAMINARÁ LA MUCOSA DE LOS CARRILLOS, LOS ORIFICIOS O PERMEABILIDAD DE LOS CONDUCTOS SALIVALES.

III.5 EXPLORACION CON LA BOCA ABIERTA

SE OBSERVA ÚVULA, EL PALADAR BLANDO, SU COLOR, TEXTURA, CARAS PALATINAS Y LINGUALES DE LOS DIENTES EXISTENTES, SE LEVANTA LA LENGUA, SE OBSERVA LA POSICIÓN LATERAL DEL PISO DE LA BOCA, COLOCAR LOS DEDOS POR LA PARTE INTERNA Y LA PARTE EXTERNA PARA PODER PALPAR LOS CONDUCTOS LINFÁTICOS Y SABER SI ESTÁN ENDURECIDOS O INFLAMADOS.

LENGUA: COLOR, TAMAÑO, ATROFIA PAPILAR, TUMORES, GRIETAS, CICATRICES, ULCERACIONES.

FARINGE: PAPILAS, MUCOSA Y SECRECIÓN.

ENCÍA: PALIDEZ, COLORACIÓN, INFLAMACIÓN, PIGMENTACIÓN, SI EXISTE PÉRDIDA DE LA APARIENCIA.

DIENTES: EL EXAMEN VISUAL Y DIGITAL DE LOS DIENTES Y TEJIDOS ADYACENTES, SE LLEVA A CABO MEDIANTE EL ESPEJO, - EXPLORADOR Y ZONDA PARODONTAL, SE VERÁ SI EXISTE - CARIES, PIEZAS FALTANTES, MOTIVO DE LA PÉRDIDA DE LA PIEZA, TIEMPO TRANSCURRIDO, SI HAY REABSORCIÓN ÓSEA ALVEOLAR, PRESENCIA DE PIEZAS SUPERNUMERARIAS.

III.6 OCLUSION

SE LE PREGUNTA AL PACIENTE LOS SIGUIENTE:

- A) SI EXISTE DOLOR EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR AL AMANECER.
- B) SI TIENE CONCIENCIA DE HABER DORMIDO CON LOS DIENTES - APRETADOS.
- C) SI PADECE DOLORES DE CABEZA.
- D) SI PRESENTA PESADEZ MUSCULAR EN LA ZONA DE LOS MACETEROS.
- E) SI TIENE PESADEZ EN LA CABEZA O NUCA.
- F) CON LOS DIENTES DE LAS DOS ARCADAS EN CONTACTO VEMOS LA RELACIÓN DE LOS CUATRO PRIMEROS MOLARES, LO NORMAL ES - QUE LA CÚSPIDE MESIO-BUCAL DEL PRIMER MOLAR INFERIOR - OCLUYA EN LA FOCETA CENTRAL DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR.- LOS INCISIVOS INFERIORES DEBEN DE ESTAR COLOCADOS EN - RELACIÓN LINGUAL A LOS SUPERIORES Y SUS MARGENES INICIALES LLEGAN AL CÍNGULO DE LOS SUPERIORES, DEBEN SOBRESALIR

BUCALMENTE LOS SUPERIORES DE LOS INFERIORES, POSTERIORMENTE HAY QUE OBSERVAR LA RELACIÓN DE LOS ANTERIORES, SI ESTAN EN POSICIÓN NORMAL, EN RETRUSIVA O EN PROTUSIVA, TAMBIÉN SI EXISTE APIÑAMIENTO, ESPECIALMENTE EN LOS INFERIORES.

III.7 SOBRE OCLUSION HORIZONTAL

ES LA EXCESIVA PROYECCIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES EN SENTIDO HORIZONTAL SOBRE LOS INFERIORES (OCACIONADO POR EL HÁBITO DE LOS DEDOS).

III.8 SOBRE OCLUSION HORIZONTAL INVERTIDA

ES LA QUE SE LLAMA PROGNATISMO (LA MANDÍBULA HACIA AFUERA).

III.9 OCLUSION CENTRICA

ES LA RELACIÓN INTERMAXILAR EN LA CUAL EXISTE MAYOR CONTACTO INTERCUSPÍDEO ENTRE LOS DIENTES. ES UNA RELACIÓN DIENTE A DIENTE.

III.10 SOBRE OCLUSION VERTICAL

ES LA EXCESIVA PROYECCIÓN EN SENTIDO VERTICAL DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES SOBRE LOS ANTERIORES INFERIORES.

III.11 MODELOS DE ESTUDIO

LOS MODELOS DE ESTUDIO O DIAGNÓSTICO NOS PROPORCIONAN -- DATOS QUE NO PODRÍAN OBTENERSE POR OTROS MEDIOS Y SON DE - VALOR INESTIMABLE PARA FORMULAR JUICIOS IMPORTANTES EN LA - PRESCRIPCIÓN DE LA PRÓTESIS Y EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO. SE EMPLEAN PARA COMPLETAR EL EXAMEN BUCAL YA QUE PERMITEN VISUALIZAR LA OCLUSIÓN TANTO LINGUAL COMO POR VESTIBULAR.

LOS MODELOS DE ESTUDIO SON AQUELLOS QUE PROCEDEN DEL ESTADO ESTÁTICO DE LAS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DE LA ZONA EN LA QUE SE VA A TRABAJAR; SE PUEDE OBTENER CON CUALQUIER MATE--RIAL, AUNQUE GENERALMENTE, EL MODELO DE ESTUDIO SE HACE CON HIDROCOLOIDE IRREVERSIBLE (ALGINATO) USANDO UNA CUBETA O - PORTA IMPRESIONES PERFORADO.

EL MODELO DE ESTUDIO TIENE VARIOS PROPÓSITOS:

- 1.- ANÁLISIS DEL MODELO Y PLANEACIÓN DEL TRATAMIENTO.
- 2.- COMO DISEÑO DE ALTERACIONES DE DIENTES.

- 3.- COMO AUXILIAR DE ALTERACIONES Y ELABORACIÓN DE LA PRÓTESIS PARA VALORAR CON EXACTITUD EL CONTORNO DE DIVERSAS ESTRUCTURAS, ASÍ COMO LA RELACIÓN QUE GUARDAN ENTRE SÍ.
- 4.- PARA PERMITIR EL ANÁLISIS TOPOGRÁFICO DE LA ARCADA DENTARIA QUE VA A SER RESTAURADA.
- 5.- LOS MODELOS DE ESTUDIO SE USAN PARA PERMITIR UNA PRESENTACIÓN LÓGICA Y COMPRENSIVA AL PACIENTE DE SUS NECESIDADES RESTAURADORAS PRESENTES Y FUTURAS, ASÍ COMO LOS RIESGOS DE UN DESCUIDO ULTERIOR. LOS MODELOS PUEDEN SER UTILIZADOS PARA PUNTUALIZAR AL PACIENTE LO SIGUIENTE:
 - A) EVIDENCIA DE MIGRACIÓN DENTARIA Y LOS RESULTADOS DE ESA MIGRACIÓN.
 - B) LOS EFECTOS DE NUEVAS MIGRACIONES.
 - C) PÉRDIDA DE SOPORTE OCLUSAL Y SUS CONSECUENCIAS.
 - D) PELIGRO DE CONTACTOS OCLUSALES TRAUMÁTICOS.
 - E) IMPLICACIÓN CARIOGÉNICA Y PERIODONTAL DE EXISTIR -- FUTURA NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO DENTAL.
- 6.- LOS MODELOS DE ESTUDIO DEBEN FORMAR PARTE PERMANENTE DE LA FICHA DEL PACIENTE, PORQUE UN REGISTRO DE LAS CONDICIONES EXISTENTES ANTES DEL TRATAMIENTO ES TAN IMPORTANTE COMO LAS RADIOGRAFÍAS PRE-OPERATORIAS.
- 7.- LOS MODELOS DE ESTUDIO PUEDEN SER ÚTILES PARA ENSEÑAR -- LAS TÉCNICA DE CEPILLADO ADECUADA Y EL USO DE SEDA --

DENTAL, ASÍ COMO PARA AYUDAR AL PACIENTE A OBSERVAR LA DIFICULTAD EN LA LIMPIEZA DE SUPERFICIES DENTALES DE DIFÍCIL ACCESO.

8.- OTROS DATOS QUE OBTENEMOS DE LOS MODELOS DE ESTUDIO SON:

- A) LA MALA OCLUSIÓN
- B) GIROVERSIONES.
- C) DESPLAZAMIENTOS.
- D) COMO UN MODELO TESTIGO.

AL TOMAR LA IMPRESION COMPLETA DE LA BOCA CON ALGINATO Y VACIAR EL MODELO EN YESO PIEDRA, LAS IMPRESIONES DEBEN SER PRECISAS, COMPLETAS Y BIEN REPRODUCIDAS. DEBERAN RECORTARSE LOS MODELOS Y TERMINARLOS EN FORMA PULCRA.

III.12 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

ES EL RECONOCIMIENTO DE ANOMALÍAS E INVESTIGACIÓN CONCIENTE DE LA GRAVEDAD DE UN CUADRO PATOLÓGICO PARA DETERMINAR LA CAUSA POR LA CUAL SE HA PRODUCIDO. LOS PASOS DEL DIAGNÓSTICO Y SELECCIÓN DE TRATAMIENTO SON CUATRO:

- 1.- UN ESTUDIO MINUCIOSO DEL CUADRO CLÍNICO.
- 2.- VALORACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LOS DIENTES REMANENTES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE, REFERIDAS A CARGAS QUE SOPORTARÁN LAS PIEZAS PILARES Y SU CAPACIDAD DE SOSTENERLAS

LAS PROPIEDADES RELATIVAS, ESTÉTICAS Y RELATIVAS DEL TALLADO SOBRE LOS PILARES.

- 3.- DETERMINACIÓN DISCRIMINATORIA DE LA OCLUSIÓN DE LOS ARCOS CON LA CAPACIDAD MÁXIMA DE SOPORTE DE LA CARGA DE LA ESTRUCTURA PROTÉSICA.
- 4.- ELECCIÓN ADECUADA, SI EL CASO ASÍ LO REQUIERE DE UN MÉTODO RESTAURADOR QUE CUMPLE CON REQUISITOS ESTÉTICOS QUE EXIGE EL PACIENTE, TANTO COMO ÍNDICE DE CARIES, HIGIENE BUCAL Y LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE.

III.13 PLAN DE TRATAMIENTO

CUANDO SE HA DECIDIDO EL TIPO Y DISEÑO DE LA PRÓTESIS PRESCRITA BASÁNDOSE EN UN ANÁLISIS MINUCIOSO DE LOS DATOS REUNIDOS, PUEDE FORMULARSE EL PLAN DE TRATAMIENTO. ESTE PROCEDIMIENTO CONSISTE EN SEÑALAR EN TERMINOS CLAROS Y CONCISOS CADA UNO DE LOS PASOS CLÍNICOS QUE DEBEN LLEVARSE A CABO Y EN EL ORDEN EN QUE VAN A DESARROLLARSE, CON EL FÍN DE PREPARAR LA CAVIDAD BUCAL PARA LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS, O SEA QUE EL PLAN DE TRATAMIENTO CONSTITUYE UN BOSQUEJO QUE DESCRIBE LOS PASOS CLÍNICOS QUE DEBEN REALIZARSE CON EL FÍN DE APROVECHAR LOS ELEMENTOS QUE FAVORECEN EL DISEÑO IDEAL ELIMINANDO LOS ELEMENTOS DESFAVORABLES. CADA PASO DEBE PROCEDER A OTRO EN FORMA LÓGICA, CLARO ESTÁ. SE ATIENDE PRIMERAMENTE EL MAL PRINCIPAL A LA MAYOR BREVEDAD, SOBRE TODO CUANDO HA PROVOCADO

DOLOR O MOLESTIA. COMO LA ELIMINACIÓN DE CARIES PROFUNDA Y AÚN LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE GRAVEMENTE LESIONADO, EL AJUSTE OCLUSAL DEBE LLEVARSE A CABO EN LAS PRIMERAS ETAPAS DEL TRATAMIENTO, YA QUE LA OCLUSIÓN ES FUNDAMENTAL PARA LAS DEMÁS ETAPAS.

LA OCLUSIÓN IDEAL SERÁ AQUELLA EN LA QUE COINCIDAN LA OCLUSIÓN CÉNTRICA CON LA RELACIÓN CÉNTRICA, AUNQUE NO SIEMPRE PUEDE LOGRARSE.

ES CONVENIENTE EXPLICAR AL PACIENTE LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS QUE VAN A REALIZARSE CON EL FÍN DE PROGRAMAR EN INTERVALOS ADECUADOS LAS CITAS, ASÍ COMO LA DURACIÓN DE ÉSTAS; DANDO TIEMPO SUFICIENTE PARA CICATRIZACIÓN EN CASO DE EXTRACCIÓN. SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, ES CONVENIENTE ELABORAR UNO O MÁS PLANES DE TRATAMIENTO QUE PUEDAN SUSTITUIR AL ORIGINAL, EN CASO DE QUE EL PACIENTE LO RECHACE POR UNA U OTRA RAZÓN; POR EJEMPLO: POR MOTIVOS ECONÓMICOS, CON EL FIN DE QUE PUEDA RECOMENDARSE UN TRATAMIENTO MENOS COSTOSO. SIN EMBARGO, DEBE TOMARSE EN CUENTA QUE EL ESTADO ECONÓMICO DEL PACIENTE NO DEBE INTERVENIR PARA ACONSEJAR EL TRATAMIENTO IDEAL Y LAS RAZONES POR LA QUE ESTE SE RECOMIENDA SOBRE CUALQUIER OTRO.

MEDIANTE RECURSOS VISUALES, DIGITALES Y RADIOGRÁFICOS SE ELABORA INDIVIDUALMENTE EL ESTADO DE LA CAVIDAD BUCAL, SE ANOTARÁ CARIES, SU LOCALIZACIÓN Y EL GRADO DE ESTAS. BASÁNDOSE EN LAS RADIOGRAFÍAS SE VERÁN, ALTERACIONES DE LA MEMBRANA PARODONTAL, VITALIDAD PULPAR, MOVILIDAD DENTARIA Y LAS

RELACIONES DE POSICIÓN DE LOS DIENTES, LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS, PROFUNDIDAD DE LAS BOLSAS PARODONTALES, ESTUDIO DE LOS LABIOS, CARRILLOS, LENGUA ETC.

COMO LA INTENCIÓN RESTAURADORA ES INTEGRAL, SE RESOLVERAN LOS PROBLEMAS ORTODÓNTICOS, ENDODÓNTICOS, PARODÓNTICOS O QUIRÚRGICOS QUE REQUIERA EL CASO. POR LO TANTO EL PLAN DE TRATAMIENTO PERSEGUIRÁ:

- 1.- RESTABLECER LA SALUD DE LOS TEJIDOS PARODONTALES O DE SOPORTE.
- 2.- ELIMINAR QUIRÚRGICAMENTE LOS DIENTES INCLUIDOS.
- 3.- CONSIDERACIÓN DE LOS DIENTES A TRATAR ENDODÓNTICAMENTE.
- 4.- TIPOS DE ANOMALÍAS DE OCLUSIÓN.
- 5.- TIPOS DE RESTAURACIONES.
- 6.- FACTORES ESTÉTICOS.
- 7.- FACTOR ECONÓMICO.

AL MOSTRARLE EL PLAN DE TRATAMIENTO AL PACIENTE SE HARÁ UNA DESCRIPCIÓN COMPLETA DE LAS CONDICIONES EXISTENTES EN SU BOCA, SE LE ENSEÑARÁN RADIOGRAFÍAS Y MODELOS DE ESTUDIO Y SE LE EXPLICARÁ, CON CLARIDAD Y EN TERMINOS COMPENSIBLES, LA INTENCIÓN DEL TRABAJO.

C A P I T U L O I V

TECNICAS DE ANESTESIA

CUANDO SE HABLA SOBRE LAS ARTES CURATIVAS, YA SEA EN MEDICINA U ODONTOLOGÍA, LA PRÁCTICA SE CONVIERTE EN ARTE, SI SE BASA EN:

- 1) UN ENFOQUE DISCIPLINADO AL CONOCIMIENTO DE LA ANATOMÍA, FISIOLOGÍA Y FARMACOLOGÍA.
- 2) LA ACTITUD DEL OPERADOR.
- 3) SU DESTREZA EN EL USO DE SU EQUIPO Y LOS MATERIALES DEL CAMPO PARTICULAR Y APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE SU DESTREZA.
- 4) LA CONSIDERACIÓN CUIDADOSA DE LOS REQUERIMIENTOS DEL PACIENTE INDIVIDUAL.

SE REQUIERE DE DISCIPLINA, CONSTANCIA Y SACRIFICIO DE TIEMPO Y ENERGÍA POR PARTE DEL PROFESIONAL. SIN EMBARGO, EL TIEMPO INVERTIDO, EN ESA FORMA DISCIPLINADA, SE RECUPERA MUCHAS VECES CUANDO SE OBTIENE ANESTESIA LOCAL, QUE DA COMO RESULTADO LA TRANQUILIDAD DEL PACIENTE Y EL ALIVIO DE LA TENSIÓN NERVIOSA DEL PROPIO DENTISTA.

IV.1 PREPARACION DEL PACIENTE

DESPUÉS DE TOMARSE UNA HISTORIA CLÍNICA CUIDADOSA Y ANTES DE INYECTAR EL ANESTÉSICO LOCAL, SE HACEN ALGUNOS COMENTARIOS INFORMALES AL PACIENTE, SE LE ASEGURA QUE EL PROCEDIMIENTO - SERÁ INDOLORO. SE AJUSTA EL SILLÓN EN POSICIÓN INTERMEDIA, SE ESTUDIA LA TOPOGRAFÍA DE LAS ESTRUCTURAS QUE VAN A ANESTESIARSE POR MEDIO DE PALPACIÓN Y OBSERVACIÓN. EL ÁREA DE LA INYECCIÓN SE LIMPIA CON GASA ESTÉRIL Y SE APLICA UN ANESTÉSICO TÓPICO, CUANDO ESTE HA HECHO SU EFECTO SE LIMPIA DE NUEVO LA ZONA POR ANESTESIAS, NUNCA DEBEN APLICARSE INYECCIONES EN UNA CAVIDAD BUCAL SUCIA.

IV:2 PRINCIPIOS DE LA ADMINISTRACION DEL BLOQUEO NERVIOSO.

LAS INYECCIONES PUEDEN ADMINISTRARSE SIN QUE SE TRANSMITAN IMPULSOS SENSITIVOS. SE DEBEN CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS - SENSITIVAS DE LAS DIFERENTES ESTRUCTURAS AFECTADAS. LA MEMBRANA MUCOSA ES SENSIBLE AL DOLOR, EL TEJIDO ADIPOSO LAXO - AREOLAR. DE RELLENO TIENE Poca sensación al dolor, LOS TENDONES Y LOS MÚSCULOS SON SENSIBLES AL DOLOR. POR LO TANTO, SE DEBE DE ANESTESIAS PROGRESIVAMENTE O POR ETAPAS Y DEPOSITAR UNAS GOTAS DEL ANESTÉSICO ANTES DE LLEGAR A UNA ESTRUCTURA - DOLOROSA, SE DEBERÁ ESPERAR DE CINCO A SEIS SEGUNDOS ANTES DE CONTINUAR.

LA DIFUSIÓN DEL ANESTÉSICO RIGE EL ÉXITO O FRACASO DE LA ANESTESIA LOCAL. SI SE SITÚA UNA BARRERA ENTRE LA SOLUCIÓN INYECTADA Y EL TRONCO NERVIOSO O LOS NERVIOS, PUEDE OCURRIR UN FRACASO TOTAL O RELATIVO. LA CANTIDAD DEL SOLUTO (SUBSTANCIA DISUELTA) QUE PASARÁ A TRAVÉS DE ESTA BARRERA DURANTE UN TIEMPO DETERMINADO, DEPENDE DE LA DENSIDAD DE LA MEMBRANA SEMIPERMEABLE Y DE LA CONCENTRACIÓN DEL SOLUTO. MIENTRAS MÁS DENSOS SEAN LA MEMBRANA, EL HUESO O LA APONEUROSIS, MENOR SERÁ LA CANTIDAD DEL SOLUTO QUE PENETRE. CUANTO MAYOR SEA LA CONCENTRACIÓN DEL SOLUTO, TANTO MAYOR SERÁ LA CANTIDAD QUE PENETRE. DENTRO DE LOS LÍMITES PRÁCTICOS, INYECTANDO LENTAMENTE PODEMOS CONTROLAR LA CONCENTRACIÓN DEL SOLUTO ADJUNTO A LA BARRERA ASÍ COMO EL ELEMENTO TIEMPO.

OTROS FACTORES IMPORTANTES QUE DEBEN CONSIDERARSE EN LA DIFUSIÓN SON LOS TERMINOS "DIFUSIÓN CELULAR" Y "DIFUSIÓN POR TURBULENCIAS". LA DIFUSIÓN CELULAR TIENE LUGAR CUANDO EL SOLUTO SE DEJA EN REPOSO, SIN AGITARSE; EN ESTE CASO LA CONCENTRACIÓN SE MANTIENE EN EL SITIO DONDE SE DESEA REALIZAR LA DIFUSIÓN. SI OCURRE DIFUSIÓN POR TURBULENCIA, LA TURBULENCIA DEL SOLUTO SE PRODUCE POR AGITACIÓN, POR EJEMPLO, SI LA INYECCIÓN SE ADMINISTRA RÁPIDAMENTE O SE CONTINÚA CON MASAJE SOBRE EL ÁREA DE LA INYECCIÓN, SE REDUCE EN FORMA EVIDENTE LA POSIBILIDAD DE UNA INYECCIÓN EFICAZ. EL SOLUTO DISMINUYE Y UNA CANTIDAD MENOR DE SOLUCIÓN PENETRA EN UN PUNTO DADO.

IV.3 BLOQUEO DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR (ALVEOLAR INFERIOR)

EL NERVI0 QUE INERVA LOS DIENTES DE LA MANDÍBULA ES EL DENTARIO INFERIOR, EL CUAL ES SÓLO UNA DE LAS GRANDES RAMAS DEL NERVI0 MAXILAR INFERIOR. DEBIDO A SU FACILIDAD DE ACCESO, - EL NERVI0 DENTARIO INFERIOR PUEDE SER ANESTESIADO A LA ENTRADA DE LA MANDÍBULA, EN EL AGUJERO DEL DENTARIO INFERIOR.

SE LE PIDE AL PACIENTE QUE ABRA LA BOCA MUY AMPLIAMENTE, SE PALPA EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE. MEDIAL A ESTA MARCA SE HAYA EL RAFÉ PTERIGOMANDIBULAR, UNA BANDA - FIBROSA DE TEJIDO FORMADA POR LA INSERCIÓN DEL MÚSCULO BUC-CIONADOR Y EL MÚSCULO SUPERIOR CONSTRICTOR DE LA FARINGE.

EL AGUJERO DENTARIO INFERIOR SE ENCUENTRA EN UN PUNTO -- MEDIO DE LOS BORDE POSTERIOR Y ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE, A UNA ALTURA APROXIMADA DE LAS CARAS OCLUSALES DE LOS - DIENTES INFERIORES. LA AGUJA SE DIRIJE HACIA ESTE PUNTO EN UNA DIRECCIÓN QUE CORRESPONDE A UNA LÍNEA IMAGINARIA QUE VA DEL RAFÉ PTERIGOMANDIBULAR HACIA EL ESPACIO INTERPROXIMAL - ENTRE EL PRIMERO Y EL SEGUNDO PREMOLAR DEL LADO OPUESTO. - LA AGUJA SE INSERTA DENTRO DEL RAFÉ PTERIGOMANDIBULAR Y SE CONTINÚA POR ESTA TRAYECTORIA HASTA ALCANZAR LA CARA INTERNA DE LA MANDÍBULA, LLEGANDO DE ESTA MANERA A LA ENTRADA DEL AGUJERO DEL DENTARIO INFERIOR, SE VA DEPOSITANDO LENTAMENTE EL ANESTÉSICO, AL IR RETIRANDO LA AGUJA SE DEPOSITA UNA --

PORCIÓN DEL CARTUCHO PARA ANESTESIAR EL LINGUAL. LOS SÍNTOMAS DE UNA BUENA TÉCNICA SON: HORMIGUEO Y ADORMECIMIENTO DE LA ZONA DEL LABIO, ANESTESIA DE UNA HEMIMARCADA, LA CUAL CAUSA INCAPACIDAD DEL DIENTE PARA TRANSMITIR UN IMPULSO AL ENCÉFALO DESPUÉS DE UNA ESTIMULACIÓN.

IV.4 INYECCION AL NERVIO BUCAL LARGO

ESTA INYECCIÓN SE COLOCA CUANDO SE VA A TRABAJAR SOBRE LA ZONA BUCAL DEL PRIMER PREMOLAR. UN BUEN BLOQUEO DEL DENTARIO INFERIOR PROPORCIONA ANESTESIA DE TODOS LOS DIENTES DEL LADO CORRESPONDIENTE DE LA MANDÍBULA Y LA ENCÍA BUCAL DE LA LÍNEA MEDIA A LA REGIÓN DEL PRIMER PREMOLAR. LA ENCÍA BUCAL DISTAL DESDE EL PRIMER PREMOLAR HASTA EL TERCER MOLAR ESTÁ INERVADA POR EL NERVIO BUCAL LARGO, EL CUAL DEBERÁ SER BLOQUEADO SI SE QUIERE COMPLETAR UNA ANESTESIA TOTAL.

LA INYECCIÓN AL NERVIO ES FÁCIL, SE INTRODUCE LA AGUJA A NIVEL DEL TERCER MOLAR, EN LA UNIÓN DE LA MUCOSA Y ENCÍA, SE PROFUNDIZA UN CENTÍMETRO, REGULARMENTE SE CONTACTA CON HUESO Y SE DEPOSITAN SOLAMENTE UNAS CUANTAS GOTAS DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA. LO ANTERIOR PROPORCIONARÁ UNA BUENA ANESTESIA A LA ENCÍA BUCAL DEL TERCER MOLAR HASTA EL SEGUNDO PREMOLAR. -- ESTO ES ESENCIAL EN LOS CASOS DE EXTRACCIÓN DENTAL EN LOS CUALES SE REQUIERE DE MANERA INDISPENSABLE LA ANESTESIA DE LA ENCÍA BUCAL.

IV.5 BLOQUEO DEL NERVIIO MENTONIANO

ESTA TÉCNICA ES RARA VEZ UTILIZADA DEBIDO A LA DIFICULTAD DE LLEVARLA A CABO. EL OBJETO DEL BLOQUEO ES EL DE INTERFERIR CON LA CONDUCCIÓN NERVIOSA A LO LARGO DEL NERVIIO MENTONIANO, COLOCANDO LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA DENTRO DEL AGUJERO MENTONIANO. ESTO DARÁ LA ANESTESIA DEL INCISIVO CENTRAL, DEL LATERAL, CANINO Y DEL PRIMER PREMOLAR, ASÍ COMO LA ENCÍA, EL LABIO Y EL ÁREA DE LA BARBA. LA DIFICULTAD DEL BLOQUEO ESTRIBA EN LA HABILIDAD DEL DENTISTA PARA COLOCAR LA AGUJA DENTRO DEL AGUJERO MENTONIANO.

SE SEPARA EL LABIO CON LOS DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA Y SE DIRIJE LA AGUJA DE ATRÁS HACIA ADELANTE, SE INTRODUCE LA AGUJA HASTA EL HUESO Y SE BUSCA POR MEDIO DEL MOVIMIENTO EL AGUJERO, DONDE SE DEPOSITAN APROXIMADAMENTE 2 MILILITROS DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA.

IV.6 INYECCION DEL NERVIIO ALVEOLAR SUPERIOR POSTERIOR

ESTA RAMA NERVIOSA PROPORCIONA INERVACIÓN AL SENO MAXILAR Y A LOS MOLARES, CON EXCEPCIÓN DE LA RAÍZ MESIOBUCAL DEL PRIMER MOLAR Y LA ENCÍA BUCAL ALREDEDOR DE LOS MOLARES. PUEDE SER BLOQUEADA AL CURSAR ALREDEDOR DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR Y ANTES DE QUE ENTRE AL MAXILAR PARA INERVAR A

LOS MOLARES. SE LE PIDE AL PACIENTE QUE HABRA LA BOCA AL -
 MAXIMO Y SE RETRAE LA MEJILLA CON EL DEDO ÍNDICE. A MEDIDA
 QUE EL PACIENTE CIERRA SU BOCA PARCIALMENTE, LA AGUJA SE -
 INSERTA SUAVEMENTE EN EL FONDO DEL SACO VESTIBULAR ADYACENTE
 AL ÁREA DE LA TUBEROSIDAD Y SE DIRIGE DISTAL Y MESIALMENTE, -
 LA SOLUCIÓN SE DEPOSITA LENTAMENTE.

IV.7 INYECCION DEL NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO

ESTE NERVIO INERVA A LOS PREMOLARES Y LA RAÍZ MESIOBUCCAL
 DEL PRIMER MOLAR. LA INYECCIÓN SE APLICA SOBRE LA PUNTA DEL
 PRIMER PREMOLAR. ESTA INYECCIÓN ES SUFICIENTE PARA LLEVAR A
 CABO PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS, SE ANESTESIARÁ LA MUCOSA -
 PALATINA SI SE DESEA CUALQUIER TIPO DE CIRUGÍA.

IV.8 INYECCION DEL NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR ANTERIOR

ESTE NERVIO INERVA A LOS INCISIVOS Y A LOS CANINOS. LA IN-
 YECCIÓN SE APLICA LIGERAMENTE MESIAL AL ÁPICE DEL CANINO. -
 SI SE DESEA ANESTESIAS A LOS SEIS DIENTES ANTERIORES, ENTON-
 CES SE DEBERÁN APLICAR INYECCIONES BILATERALES. SI SOLAMENTE
 SE APLICA UNA INYECCIÓN PARA ANESTESIAS EL NERVIO ALVEOLAR -
 SUPERIOR ANTERIOR Y SE VA A LLEVAR A CABO ANESTESIA DEL --

INCISIVO CENTRAL, SE DEBERÁ APLICAR UNA INYECCIÓN SOBRE EL -
ÁPICE DE ESE INCISIVO CENTRAL, DE TAL MANERA QUE LAS FIBRAS
ADYACENTES DEL OTRO LADO TAMBIÉN SEAN ANESTESIADAS.

IV.9 INYECCION DEL NERVIPO PALATINO MAYOR (ANTERIOR)

ESTE NERVIPO INERVA A LA MUCOSA DEL PALADAR DURO SOBRE LOS
MOLARES Y PREMOLARES. ESTE SE LLEVARA A CABO CUANDO SE INVOLUCRE A LA MUCOSA PALATINA O AL TEJIDO GINGIVAL EN UNA PREPARACIÓN O CIRUGÍA, EL PALADAR PUEDE SER ANESTESIADO, DEPENDIENDO DE LA ZONA EN LA QUE EL TRABAJO VA A REALIZARSE.

IV.10 INYECCION DEL NERVIPO NASOPALATINO

ESTE NERVIPO EMERGE DEL CANAL NASOPALATINO (INCISIVO) PARA INERVAR A LA MUCOSA DEL PALADAR SOBRE LOS INCISIVOS Y LOS -
CANINOS. SU BLOQUEO SE LLEVA A CABO COLOCANDO UNAS GOTAS -
DEL ANESTÉSICO DENTRO DEL AGUJERO NASOPALATINO. ESTE SE -
LOCALIZA IDENTIFICANDO A LA PAPILA INCISIVA, ATRÁS DE LOS
INCISIVOS CENTRALES, Y PASANDO LA AGUJA A TRAVÉS DE ÉSTE -
HASTA EL AGUJERO NASOPALATINO. CON UNA ANESTESIA ADECUADA
SE LOGRA EL BLOQUEO DE LA MUCOSA PALATINA SOBRE LOS SEIS -
DIENTES ANTERIORES.

IV.11 TECNICA DEL NERVIO SUBORBITARIO

SE DETERMINA EL ORIFICIO SUBORBITARIO, EL AGUJERO SE LOCALIZA A UNOS 5 U 8 MM. POR DEBAJO DEL BORDE LIBRE DEL HUESO MALAR, SOBRE UNA LÍNEA PERPENDICULAR IMAGINARIA QUE BAJA -- DESDE LA PUPILA Y OTRA LÍNEA QUE BAJE DE LA SUTURA - - - - FRONTO-MALAR. SE DETERMINA EL ORIFICIO SUBORBITARIO INTRODUCIENDO LA AGUJA POR EL SURCO GINGIVO-LABIAL, SIGUIENDO LA PARED ÓSEA HASTA EL NIVEL DEL ORIFICIO DEPOSITANDO 1 ML. DE ANESTÉSICO, LUEGO SE LLEGA AL ORIFICIO, EL CUAL LO TOCAMOS EXTERNAMENTE CON EL DEDO ÍNDICE, CUANDO LA AGUJA LLEGA A ESTA ZONA SE DEPOSITAN 2 ML. DEL ANESTÉSICO.

C A P I T U L O V

COMPONENTES DE UNA PRÓTESIS FIJA

LOS COMPONENTES PRINCIPALES DE UNA PRÓTESIS PARCIAL FIJA SON CUATRO Y SE ENCUENTRAN UNIDOS CON LA FINALIDAD DE SUJETAR FIRMEMENTE EL CUERPO DE LA PRÓTESIS EN CONJUNTO.

EL RETENEDOR ES UNA RESTAURACIÓN QUE ASEGURA EL PUENTE A UN DIENTE. EL PILAR, SOPORTE O ANCLAJE, ES UN DIENTE AL CUAL SE AJUSTA EL PUENTE POR MEDIO DEL RETENEDOR. LA PARTE DEL PUENTE QUE SUSTITUYE AL DIENTE NATURAL PERDIDO SE LLAMA PIEZA INTERMEDIA O PÓNTICO. EL CONECTOR ES LA UNIÓN ENTRE LA PIEZA INTERMEDIA Y EL RETENEDOR.

PILAR.- LO FORMA UNO O MÁS DIENTES AL CUAL SE VA A AJUSTAR LA PRÓTESIS, POR MEDIO DE LOS RETENEDORES. EL DISEÑO Y SU TALLADO CONSTITUIRÁ UN BUEN ANCLAJE.

RETENEDOR.- ES LA RESTAURACIÓN QUE DEVUELVE AL DIENTE -- PILAR SU ANATOMÍA, FISIOLOGÍA Y ESTÉTICA. EL CUAL SE UNE Y ASEGURA LA PRÓTESIS, PRIMERO POR ANCLAJE Y DESPUÉS POR CEMENTACIÓN, SI ESTE NO ES ANCLADO PERFECTAMENTE SE CORRE EL RIESGO DE DESAJUSTE Y DESALOJO AL POCO TIEMPO.

PÓNTICO.- CONOCIDO TAMBIÉN COMO PIEZA INTERMEDIA, ESTA PARTE DE LA PRÓTESIS VA A OCUPAR EL SITIO QUE CORRESPONDÍA A LOS DIENTES NATURALES PERDIDOS. DE VITAL IMPORTANCIA, PARA EL ÉXITO O FRACASO DE LA PRÓTESIS, ES LA DISTANCIA O NIVEL EN QUE SE VA A ENCONTRAR EL PÓNTICO CON LA MUCOSA; YA QUE SI VA PEGADO EXCESIVAMENTE SE CORRE EL RIESGO DE IRRITACIÓN Y, ADEMÁS, SE DIFICULTA LA HIGIENE.

CONECTOR.- ES LA PARTE DE LA PRÓTESIS QUE UNE AL RETENEDOR CON EL PÓNTICO, FERULIZANDO DE ESTA MANERA LOS DIENTES DE ANCLAJE.

EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE RETENEDORES, LOS CUALES SE ESCOGERÁN ADECUADAMENTE PARA EL PLAN DE TRATAMIENTO, SEGÚN SEA EL CASO A TRATAR. PRINCIPALMENTE, DEPENDERÁ DEL ESTADO EN QUE SE ENCUENTRE EL DIENTE A TRATAR Y LAS SUPERFICIES DE SOPORTE DEL MISMO, ADEMÁS DEL CONOCIMIENTO MECÁNICO DE LAS DIFERENTES FUERZAS QUE CAERAN SOBRE EL.

V.1 P I L A R

ES EL DIENTE EN EL CUAL SE REALIZARÁN LOS CORTES DE LAS PREPARACIONES INDICADAS, PARA LA ELABORACIÓN DE LA PRÓTESIS. PARA PODER SELECCIONAR A UN DIENTE COMO PIEZA PILAR PARA EL ANCLAJE DE UNA PRÓTESIS FIJA, DEBE REUNIR CIERTAS CONDICIONES:

- A) CUANDO LA CORONA ESTÉ ÍNTEGRA.
- B) CUANDO NO EXISTA CARIES, OBTURACIONES O FRACTURAS TANTO CORONARIAS COMO RADICULARES.
- C) CUANDO TENGA UN BUEN TRABECULADO ÓSEO.
- D) BUEN ESTADO PARODONTAL.
- E) MOVILIDAD DENTARIA FISIOLÓGICA.
- F) CUANDO SUS RAÍCES SEAN LARGAS DE PREFERENCIA MULTIRRADICULARES.

ESTAS CONDICIONES NO SON TAN DRÁSTICAS, AUNQUE SI IDONEAS PARA LA SELECCIÓN DE UN DIENTE PILAR YA QUE DEPENDERÁ PRIMORDIALMENTE DEL GRADO DE ALTERACIÓN DE UNA DE LAS CONDICIONES ANTES MENCIONADAS. YA QUE SE CUENTA CON RAMAS, DENTRO DE LA ODONTOLOGÍA, QUE PODRÍAN DEJAR A LA PIEZA AFECTADA EN CONDICIONES ADECUADAS PARA PODER SOPORTAR UN ANCLAJE O, EN SU CASO, COMO PIEZA INTERPILAR, TOMANDO COMO PILAR PRINCIPAL AL DIENTE CONTÍGUO Y REALIZANDO CON ÉSTO UNA ACCIÓN DE FERULA SOBRE EL DIENTE AFECTADO.

SI EN EL DIENTE SE ENCUENTRA CARIES O REINCIDENCIA DE CARIES SE PROCEDE A ELIMINARLA, SE RECONSTITUYE LA ZONA AFECTADA Y, POSTERIORMENTE, SE PROCEDE A LA PREPARACIÓN PROTÉSICA. SI EL PROBLEMA ES MOVILIDAD DENTARIA CAUSADA POR UNA ENFERMEDAD PARODONTAL, SE ESTUDIA A CONCIENCIA LA PIEZA PARA SABER SI ÉSTA SIRVE COMO PILAR O INTERPILAR. (ANTERIOR A ESTO SE REALIZA EL TRATAMIENTO PARODONTAL).

EN EL CASO DE QUE LA PIEZA PRESENTE ALTERACIONES PULPARES SE REALIZA TRATAMIENTO ENDODÓNTICO Y, POSTERIORMENTE, SE PREPARA LA PIEZA. TODO DEPENDERÁ DEL CASO Y DE LAS CONDICIONES DE LOS DIENTES A TRATAR.

V.2 RETENEDOR

EL RETENEDOR DE UN PUENTE ES UNA RESTAURACIÓN QUE ASEGURA EL PUENTE A UN DIENTE DE ANCLAJE. EN UN PUENTE SIMPLE HAY DOS RETENEDORES, UNO A CADA EXTREMO DEL PUENTE, CON LA PIEZA INTERMEDIA UNIDA ENTRE LOS DOS. EN PUENTES MÁS COMPLEJOS SE PUEDEN USAR OTRAS COMBINACIONES. MUCHAS CLASES DE RESTAURACIONES UTILIZADAS EN EL TRATAMIENTO DE LA CARIES O DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DE DIENTES INDIVIDUALES, SE EMPLEAN COMO RETENEDORES DE PUENTES. SIN EMBARGO, CUANDO SE APLICAN ESTAS RESTAURACIONES, HAY QUE PRESTAR ATENCIÓN A LAS CUALIDADES RETENTIVAS DE LAS PREPARACIONES; PORQUE LAS FUERZAS DESPLAZANTES QUE TRASMITE EL PUENTE A LOS RETENEDORES SON MAYORES QUE LAS QUE CAEN SOBRE UNA RESTAURACIÓN INDIVIDUAL. LA PIEZA INTERMEDIA, UNIDA A LOS RETENEDORES, ACTÚA EN FORMA DE PALANCA Y SE MAGNIFICAN LAS FUERZAS DE LA OCLUSIÓN QUE SE TRANSMITEN A LOS RETENEDORES Y A LOS DIENTES DE SOPORTE. POR CONSIGUIENTE, LAS POSIBILIDADES DE QUE SE AFLOJE UN RETENEDOR DE PUENTE SON MAYORES QUE SI SE TRATARÁ DE UNA RESTAURACIÓN INDIVIDUAL.

UN RETENEDOR DE PUENTE QUE SE AFLOJE TRAE CONSECUENCIAS MÁS SERIAS QUE LAS DE UNA RESTAURACIÓN INDIVIDUAL PORQUE PUEDE - CAERSE TODO EL PUENTE Y ALTERARSE LA PREPARACIÓN DEL DIENTE PILAR. LA RETENCIÓN ES, POR LO TANTO, UNO DE LOS REQUISITOS IMPORTANTES QUE DEBE CUMPLIR UN RETENEDOR DE PUENTE.

2.1 FUERZAS.

LA NATURALEZA DE LAS FUERZAS QUE SOPORTA EL PUENTE TIENE MUCHA SIGNIFICACIÓN EN EL DISEÑO DE LOS RETENEDORES QUE DEBEN CONTRARRESTARLAS. LOS ESTUDIOS ANATÓMICOS HAN - DEMOSTRADO QUE LOS EJES MAYORES DE LOS DIENTES, SUPERIORES E INFERIORES, ESTÁN INCLINADOS MESIALMENTE. ESTA - DEMOSTRADO QUE CADA DIENTE SE PUEDE MOVER EN EL ALVEÓLO DURANTE LA FUNCIÓN DE LA ELASTICIDAD DEL LIGAMENTO PERIODONTAL. LA DIRECCIÓN EN QUE SE MUEVE EL DIENTE DEPENDE DE LA DIRECCIÓN DE APLICACIÓN DE LA FUERZA. EL PUNTO - SOBRE EL QUE SE INCLINA EL DIENTE ESTA SITUADO EN LA - REGIÓN DE LA RAÍZ, APROXIMADAMENTE EN LA UNIÓN DE LOS - TERCIOS APICAL Y MEDIO EN LOS DIENTES UNIRRADICULARES. - EN LOS DIENTES MULTIRRADICULARES, EL PUNTO SOBRE EL QUE SE EFECTÚA LA INCLINACIÓN ESTÁ COLOCADO EN SITUACIÓN - SIMILAR; PERO EN LA REGIÓN ALVEOLAR, ENTRE LAS RAÍCES.

CUANDO SE ACERCAN LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES - PARA ENCONTRARSE EN OCLUSIÓN, LOS EJES LONGITUDINALES - DE LOS DIENTES CONFLUYEN EN UN ÁNGULO. LOS DOS VECTO-

RES PRODUCEN UNA FUERZA RESULTANTE EN SENTIDO MESIAL, DENOMINADA CON FRECUENCIA COMPONENTE ANTERIOR DE FUERZA Y CADA DIENTE ES EMPUJADO MESIALMENTE. EL COMPONENTE ANTERIOR DE FUERZA ES EL RESPONSABLE DE LOS CONTACTOS ÍNTIMOS INTERPROXIMALES Y DE LA INCLINACIÓN Y EMPUJE MESIAL DE LOS DIENTES, QUE SE PRODUCE CUANDO SE PIERDE EL DIENTE MESIAL CONTÍGUO. DURANTE LA MASTICACIÓN DE LOS ALIMENTOS LA INTERPOSICIÓN DEL BOLO ALIMENTICIO COMPLICA LA DIRECCIÓN DE LAS FUERZAS SOBRE LOS DIENTES Y ÉSTOS SE MUEVEN EN DISTINTAS DIRECCIONES; ADEMÁS DEL MOVIMIENTO MESIAL ANTES MENCIONADO.

UN PUENTE HACE DE FÉRULA ENTRE DOS O MÁS DIENTES Y LOS DIENTES QUE HAN ESTADO ACOSTUMBRADOS A INCLINARSE INDIVIDUALMENTE YA NO LO PUEDEN HACER. LOS DISTINTOS PILARES DE UN PUENTE DEBEN RESPONDER A LAS FUERZAS FUNCIONALES COMO UNA UNIDAD Y LAS PRESIONES RESULTANTES EN EL PUENTE SE DISTRIBUYEN AMPLIAMENTE. LOS PILARES NO SON RÍGIDOS, PUESTO QUE ESTÁN SOPORTADOS POR LAS MEMBRANAS PERIODONTALES ELÁSTICAS. CUALQUIER PUNTO DÉBIL EN EL COMPLEJO DEL PUENTE SE PUEDE FRACTURAR Y LOS DIENTES REVERTIR A UN MOVIMIENTO INDEPENDIENTE EN RESPUESTA A LAS FUERZAS FUNCIONALES. EL PUNTO DÉBIL DE UN PUENTE ES EL SELLADO DE CEMENTO. LOS CEMENTOS DENTALES NO SON ADHESIVOS Y NO FORMAN UNA UNIÓN MOLECULAR ÍNTIMA CON EL RETENEDOR O CON EL DIENTE.

LOS CEMENTOS MANTIENEN EL PUENTE EN SU SITIO POR ENGRANAJE MECÁNICO. SI LAS FUERZAS QUE ACTÚAN SOBRE EL LECHO DE CEMENTO SON MUY INTENSAS, EL CEMENTO SE ROMPERÁ Y EL PUENTE QUEDARÁ FLOJO. LOS CEMENTOS DENTALES POSEEN GRAN RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN, PERO MUY POCAS A LA TENSIÓN Y A LAS FUERZAS TANGENCIALES.

2.2 REQUISITOS.

TODOS LOS RETENEDORES DEBEN CUBRIR CIERTOS REQUISITOS QUE SON:

- 1.- CUALIDADES DE RETENCIÓN.- COMO YA QUEDO INDICADO, LAS CUALIDADES RETENTIVAS BIEN APLICADAS, SON MUY IMPORTANTES EN EL RETENEDOR DE UN PUENTE PARA QUE ÉSTE PUEDA RESISTIR LAS FUERZAS MASTICATORIAS Y NO SEA DESPLAZADO DEL DIENTE POR LAS TENSIONES FUNCIONALES. DEBIDO A LA ACCIÓN DE PALANCA DE LA PIEZA INTERMEDIA, EL RETENEDOR DEBE SOPORTAR FUERZAS MAYORES QUE LAS DE UNA SIMPLE RESTAURACIÓN. LAS FUERZAS QUE TIENDEN A DESPLAZAR EL PUENTE SE CONCENTRAN EN LA UNIÓN ENTRE LA RESTAURACIÓN Y EL DIENTE. LAS PAREDES AXIALES DEBERAN SER LO MÁS PARALELAS POSIBLE Y TAN EXTENSAS COMO LO PERMITA EL DIENTE PILAR, YA QUE ESTE DISEÑO PERMITIRÁ QUE LAS FUERZAS FUNCIONALES SE TRANSMITAN A LA CAPA DEL CEMENTO COMO UNA FUERZA DE COMPRESIÓN.

2.- RESISTENCIA.- EL RETENEDOR DEBE POSEER UNA RESISTENCIA ADECUADA PARA Oponerse A LA DEFORMACIÓN PRODUCIDA POR LAS FUERZAS FUNCIONALES. SI ESTE NO ES LO SUFICIENTEMENTE FUERTE, LAS FUERZAS FUNCIONALES - PUEDEN DISTORCIONAR EL COLADO, CAUSANDO LA SEPARACIÓN DE LOS MÁRGENES Y EL AFLOJAMIENTO DEL RETENEDOR; AUNQUE LA RETENCIÓN SEA ADECUADA. LOS RETENEDORES DEBEN TENER SUFICIENTE ESPESOR, PARA QUE NO OCURRAN DISTORCIONES.

LAS GUÍAS OCLUSALES, CAJAS Y RANURAS PROXIMALES SON EJEMPLOS DE LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DISEÑO PARA CONSEGUIR UNA BUENA RESISTENCIA, HAY QUE - PRESTAR ATENCIÓN CUANDO SE HACEN CORONAS TRES-CUARTOS Y PINLADGE MUY DELGADAS EN DIENTES ANTERIORES.

3.- FACTORES ESTÉTICOS.- LAS NORMAS ESTÉTICAS QUE DEBE REUNIR UN RETENEDOR DE PUENTE VARÍAN SEGÚN LA ZONA DE LA BOCA EN QUE SE VA A COLOCAR Y DE UN PACIENTE A OTRO.

4.- FACTORES BIOLÓGICOS.- CUALQUIERA QUE SEA LA SITUACIÓN, SE PROCURA ELIMINAR LA MENOR CANTIDAD DE - TEJIDO DENTARIO, PARA ELLO ES ACONSEJABLE CONSIDERAR LA PROFUNDIDAD DEL CORTE Y LA DIRECCIÓN DE LA PULPA, COMO CON RESPECTO AL NÚMERO DE CANALÍCULOS DENTINALES QUE SE ABRAN. CUANDO ES INDISPENSABLE

HACER PREPARACIONES EXTENSAS Y PROFUNDAS, SE DEBE TENER CUIDADO EN CONTROLAR EL CHOQUE TÉRMICO QUE PUEDE EXPERIMENTAR LA PULPA, EMPLEANDO MATERIALES NO CONDUCTORES COMO BASE PREVIA A LA RESTAURACIÓN.

LA RELACIÓN DE UN RETENEDOR DE PUENTE CON LOS TEJIDOS GINGIVALES TIENE MUCHA IMPORTANCIA PARA LA CONSERVACIÓN DE LOS TEJIDOS DE SOSTÉN DEL DIENTE. -
HAY DOS ASPECTOS QUE SE TIENEN QUE CONSIDERAR: -
A) LA RELACIÓN DEL MÁRGEN DE LA RESTAURACIÓN CON EL TEJIDO GINGIVAL. Y B) EL CONTORNO DE LAS SUPERFICIES AXIALES DE LA RESTAURACIÓN Y SU EFECTO EN LA CIRCULACIÓN DE LOS ALIMENTOS, EN LA ACCIÓN DE LAS MEJILLAS Y DE LA LENGUA EN LA SUPERFICIE DEL DIENTE Y EN LOS TEJIDOS GINGIVALES. CUANDO SEA POSIBLE, ES CONVENIENTE COLOCAR EL BORDE DEL RETENEDOR EN SENTIDO CORONAL AL MARGEN GINGIVAL Y DEJAR SOLAMENTE SUSTANCIA DENTARIA EN CONTACTO CON EL TEJIDO GINGIVAL. LAS DEFICIENCIAS EN EL CONTORNO PUEDEN CONducIR A LA ACUMULACIÓN DE ALIMENTOS EN LA ENCÍA Y A LA CONSIGUIENTE RESORCIÓN GINGIVAL; EN CONTORNO EXCESIVO PUEDE CAUSAR ESTANCAMIENTO DE ALIMENTOS, GINGIVITIS Y FORMACIÓN DE BOLSAS PARODONTALES Y CARIES.

PARA LA CONSTRUCCIÓN DE PUENTE, EN CASOS DONDE LA CARIES NO ES UN PROBLEMA AGUDO, PUEDEN SER ÚTILES LAS SIGUIENTES NORMAS EN EL DISEÑO DE LOS RETENEDORES. LOS MÁRGENES INTERPROXIMALES CERVICALES DEBEN QUEDAR SITUADOS EN EL SURCO GINGIVAL, SIEMPRE QUE LA RESTAURACIÓN NO SE EXTIENDA MÁS ALLÁ DE LA CORONA ANATÓMICA DEL DIENTE Y NO LLEGUE AL CEMENTO. - LOS MÁRGENES CERVICALES LINGUALES DE LOS RETENEDORES NO ES NECESARIO COLOCARLOS EN EL SURCO GINGIVAL, A NO SER QUE REQUIERA UNA LONGITUD MAYOR POR EXIGENCIAS DE LA RETENCIÓN. LOS BORDES CERVICALES VESTIBULARES SE SITUAN DE ACUERDO CON LOS REQUISITOS ESTÉTICOS. EN LAS REGIONES ANTERIORES DE LA BOCA CASI SIEMPRE SE COLOCA EL MARGEN VESTIBULAR EN EL SURCO. EN LAS REGIONES POSTERIORES DE LA MISMA, EL MARGEN SERVICAL VESTIBULAR PUEDE DESCANSAR EN LA CORONA ANATÓMICA SI NO AFECTA LA ESTÉTICA.

CUANDO EL BORDE GINGIVAL DE UNA RESTAURACIÓN NO SE EXTIENDE HASTA EL SURCO GINGIVAL, DEBE QUEDAR POR LO MENOS A 1 MM. EN DIRECCIÓN CORONAL DESDE EL MARGEN LIBRE DE LA ENCÍA. OTRAS VENTAJAS DE LA COLOCACIÓN DEL BORDE GINGIVAL CORONARIO EN LA ENCÍA LIBRE SON: QUE SE FACILITA LA PREPARACIÓN DEL MARGEN, NO SE TRAUMATIZA EL TEJIDO GINGIVAL DURANTE -

LA PREPARACIÓN DEL DIENTE, SE FACILITA LA TOMA DE LA IMPRESIÓN Y EL ACABADO DEL BORDE DEL RETENEDOR SE HACE CON MÁS COMODIDAD.

2.3 CLASIFICACIÓN DE RETENEDORES.

LOS RETENEDORES PARA PUENTES SE PUEDEN DIVIDIR EN TRES GRUPOS GENERALES: INTRACORONALES, EXTRACORONALES E INTRARRADICULARES.

2.3.1 RETENEDORES INTRACORONALES.

LOS RETENEDORES INTRACORONALES PENETRAN PROFUNDAMENTE EN LA CORONA DEL DIENTE Y SON BASICAMENTE, PREPARACIONES PARA INCRUSTACIÓN. CUANDO SE USA LA INCRUSTACIÓN MOD COMO RETENEDOR DE PUENTE, CASI SIEMPRE SE CUBREN LAS CÚSPIDES VESTIBULARES Y LINGUALES. EN RARAS OCACIONES SE USA COMO RETENEDOR UNA SIMPLE INCRUSTACIÓN DE CLASE II - YA SEA MESIO-OCCLUSAL O DISTO-OCCLUSAL. LAS INCRUSTACIONES DE DOS SUPERFICIES NO SON MUY RETENTIVAS Y SE USAN COMUNMENTE ASOCIADAS A UN CONECTOR SEMIRRÍGIDO O ROMPEFUERZAS. EN SITUACIONES SIMILARES SE PUEDE EMPLEAR INCRUSTACIONES CLASE III EN DIENTES ANTERIORES CON UN CONECTOR SEMIRRÍGIDO.

2.3.2 RETENEDORES EXTRACORONALES.

PENETRAN MENOS DENTRO DE LA CORONA DEL DIENTE Y SE EXTIENDEN ALREDEDOR DE LAS SUPERFICIES AXIALES DEL DIENTE, AUNQUE PUEDEN ENTRAR MÁS PROFUNDAMENTE EN LA DENTINA EN LAS ÁREAS RELATIVAMENTE PEQUEÑAS Y AGUJEROS DE RETENCIÓN. EN LOS DIENTES POSTERIORES LA CORONA COMPLETA COLADA SE PUEDE USAR CUANDO LA ESTÉTICA NO ES IMPORTANTE. EN LAS REGIONES ANTERIORES DE LA BOCA Y EN LOS DIENTES POSTERIORES, DONDE LA ESTÉTICA ES PRIMORDIAL, SE UTILIZA CON MUCHA FRECUENCIA LA CORONA VENEER. LA CORONA TRES-CUARTOS SE PUEDE USAR EN CUALQUIER DIENTE DEL ARCO MAXILAR O MANDIBULAR CUANDO SE TIENE QUE CONSERVAR LA SUSTANCIA DENTARIA VESTIBULAR. EN LOS DIENTES ANTERIORES SE PUEDE HACER LA PREPARACIÓN PINLEDGE EN LUGAR DE LA CORONA TRES-CUARTOS O LA CORONA JACKET MODIFICADA.

2.3.3 RETENCIONES INTRARRADICULARES.

SE USAN EN LOS DIENTES DESVITALIZADOS QUE YA HAN SIDO TRATADOS POR MEDIOS ENDODÓNTICOS, OBTENIÉNDOSE LA RETENCIÓN POR MEDIO DE UN ESPIGO QUE SE ALOJA EN EL INTERIOR DEL CONDUCTO RADICULAR. DENTRO DE ESTE TIPO DE RETENEDORES, TENEMOS A LA CORONA RICHMOND Y A LA CORONA COLADA MUÑON ESPIGO.

LA SELECCIÓN DEL RETENEDOR, PARA DETERMINADO CASO CLÍNICO, DEPENDE DEL ANÁLISIS DE UNA DIVERSIDAD DE FACTORES Y CADA CASO SE SELECCIONARÁ DE ACUERDO CON SUS PARTICULARIDADES. PARA SELECCIONAR UN RETENEDOR ES NECESARIA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- A) PRESENCIA Y EXTENSIÓN DE CARIES EN EL DIENTE.
- B) PRESENCIA Y EXTENSIÓN DE OBTURACIONES EN EL DIENTE.
- C) RELACIONES FUNCIONALES CON EL TEJIDO GINGIVAL CONTIGUO.
- D) ALINEACIÓN DEL DIENTE CON RESPECTO A OTROS DIENTES PILARES.
- E) MORFOLOGÍA DE LA CORONA DEL DIENTE.
- F) ACTIVIDAD DE CARIES Y ESTIMACIÓN DE FUTURA ACTIVIDAD DE CARIES.
- G) NIVEL DE LA HIGIENE BUCAL.
- H) FUERZAS MASTICATORIAS EJERCIDAS SOBRE EL DIENTE Y RELACIONES OCLUSALES CON LOS DIENTES ANTAGONISTAS.
- I) LONGITUD DE LA EXTENSIÓN DEL PUENTE.
- J) REQUISITOS ESTÉTICOS.
- K) POSICIÓN DEL DIENTE.
- L) OCUPACIÓN, SEXO Y EDAD DEL PACIENTE.

V.3 PONTICO O PIEZA INTERMEDIA

ES LA PARTE DE LA PRÓTESIS QUE REEMPLAZA AL DIENTE AUSENTE. EL PÓNTICO DEBE SER LO SUFICIENTEMENTE FUERTE Y RÍGIDO PARA RESISTIR LAS FUERZAS DE OCLUSIÓN Y LAS FUERZAS FUNCIONALES, SIN SUFRIR ALTERACIONES QUE PROVOQUEN AFLOJAMIENTO DE LOS RETENEDORES O FRACTURA DEL MISMO.

QUE SE ASEMEJE AL DIENTE PERDIDO EN SU MORFOLOGÍA, EN LOS DIENTES Y TEJIDOS CONTÍGUOS Y UN COLOR CONVENIENTE.

LOS MATERIALES CON LOS CUALES SE CONTRUYE NO DEBEN SER - IRRITANTES PARA LOS TEJIDOS ORALES Y SU CONFECCIÓN DEBE SER TAL QUE FACILITE SU LIMPIEZA, LOS ESPACIOS PROXIMALES DEBEN QUEDAR MÁS ABIERTOS QUE EN LOS DIENTES NATURALES Y NO DEBEN TOCAR EL BORDE ALVEOLAR. ESTE DISEÑO PERMITE UNA MEJOR LIMPIEZA Y ASEGURA LA SALUD DE LOS TEJIDOS GINGIVALES; AUNQUE EN LA REGIÓN ANTERIOR PODRIA CATALOGARSE COMO ANTIESTÉTICO.

3.1 PIEZA INTERMEDIA POSTERIOR.

LA PIEZA INTERMEDIA POSTERIOR TIENE SEIS SUPERFICIES: CUATRO SUPERFICIES AXIALES; MESIAL, VESTIBULAR, DISTAL Y LINGUAL; UNA SUPERFICIE OCLUSAL Y LA SUPERFICIE INFERIOR, ADYACENTE A LA MUCOSA. SU DESCRIPCIÓN SE PUEDE DIVIDIR EN TRES SECCIONES: SUPERFICIE AXIAL, SUPERFICIE OCLUSAL Y RELACIONES CON LA MUCOSA.

3.1.1 SUPERFICIES AXIALES.

PARA AMPLIAR LOS ESPACIOS PROXIMALES, SE TALLAN LAS SUPERFICIES MESIAL Y DISTAL DEL PÓNTICO, DE MANERA QUE QUEDEN CONVERGENTES HACIA LA PARTE - CERVICAL. CON ESTO SE REDUCE A UN MÍNIMO LA - PARTE DE LA MEMBRANA QUE QUEDA CUBIERTA POR EL PUENTE EN EL BORDE ALVEOLAR. CUANDO DICHA CONVERGENCIA SE LLEVA AL MÁXIMO, COMO EN EL PUENTE HIGIÉNICO, LA MEMBRANA MUCOSA NO HACE CONTACTO CON LA PIEZA INTERMEDIA Y QUEDA COMPLETAMENTE - LIBRE.

PARA CUMPLIR LAS NECESIDADES ESTÉTICAS, SE DEJA SIN CAMBIOS LA SUPERFICIE VESTIBULAR, O SOLAMENTE SE VARÍAN EN EL TERCIO CERVICAL, DE ACUERDO CON LA CLASE DE RELACIÓN QUE SE DESEE DEJAR CON LA MUCOSA LA SUPERFICIE LINGUAL, SE HACE CONVERGENTE EN LOS DOS TERCIOS CERVICALES.

3.1.2 SUPERFICIE OCLUSAL.

LA SUPERFICIE OCLUSAL COMPARADA CON LA DE LOS - DIENTES NATURALES SE MODIFICA EN DOS ASPECTOS:

A) LOS BORDES PROXIMALES DE LA SUPERFICIE OCLUSAL SE CAMBIAN DE POSICIÓN PARA ENSANCHAR LOS CONTACTOS LINGUALES Y, A VECES, LOS VESTIBULARES. ESTA VARIACIÓN, JUNTO CON LA APERTURA DE LOS ESPACIOS PROXIMALES, FACILITA LA -

LIMPIEZA DE LAS ZONAS PROXIMALES DE LOS DIENTES Y PERMITE EL ESTÍMULO DE LOS TEJIDOS GINGIVALES.

REGULARMENTE SE PUEDE AMPLIAR EL CONTACTO DISTOVESTIBULAR SIN QUE AFECTE LA ESTÉTICA Y EL CONTACTO MESIOVESTIBULAR SE REPRODUCE CONSIDERANDO LA FORMA NATURAL, AL REALIZAR ESTO SE PRODUCE UNA REDUCCIÓN DE LA TABLA OCLUSAL.

- B) LAS FUERZAS FUNCIONALES QUE SE EJERCEN SOBRE LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LA PIEZA INTERMEDIA SE TRANSMITEN A LOS PILARES, QUE TIENEN QUE SOPORTAR ESTA CARGA ADICIONAL. PARA MANTENER DICHA CARGA DENTRO DE LOS LÍMITES FISIOLÓGICOS, LA SUPERFICIE OCLUSAL DEL PÓNTICO DEBE FUNCIONAR AL MÁXIMO DURANTE LA MASTICACIÓN. - POR ESO, ES NECESARIO DOTARLO DE CRESTAS Y SURCOS BIEN DEFINIDOS; LAS CRESTAS, PARA QUE PENETRE EL BOLO ALIMENTICIO Y LOS SURCOS, - PARA QUE ACTÚEN COMO CANALES POR DONDE PUEDA CIRCULAR EL ALIMENTO TRITURADO Y EVACUAR LA SUPERFICIE OCLUSAL. LOS CANALES SE HACEN - AHONDANDO LOS EXTREMOS MARGINALES DE LOS SURCOS VESTIBULAR Y LINGUAL Y TALLANDO SURCOS - ACCESORIOS QUE CORRAN DESDE LA FOSA CENTRAL HASTA LAS REGIONES PROXIMALES LINGUALES.

3.1.3 RELACIONES CON LA MUCOSA.

EL DISEÑO DE LAS PIEZAS INTERMEDIAS SUFRE --
ALGUNAS VARIACIONES EN RELACIÓN CON EL ÁREA -
MUCOSA SUBYACENTE DEL REBORDE ALVEOLAR. EL DISE
ÑO SE MODIFICA PARA AMOLDARSE A SITUACIONES DIFE
RENTES EN LA BOCA. ESTAS VARIACIONES DEPENDEN
DE LA FUNCIÓN Y LA ESTÉTICA. LA PIEZA INTERME-
DIA SOLAMENTE DEBE TOCAR POR RAZONES ESTÉTICAS;
SIN EMBARGO, EN LAS REGIONES DONDE NO QUEDA VISI
BLE LA MITAD DEL PÓNTICO, NO ES NECESARIO QUE -
ÉSTA TOQUE LA MUCOSA. EN LAS REGIONES ANTERIO
RES Y EN TODOS LOS SITIOS EN QUE EL PÓNTICO --
QUEDE EXPUESTO A LA VISTA, ES INDISPENSABLE EL
CONTACTO CON LA MUCOSA POR RAZONES ESTÉTICAS, EN
GENERAL LO MEJOR ES QUE EL ÁREA DE CONTACTO SEA
LO MÁ S PEQUEÑA POSIBLE. EN LAS PIEZAS INTERME-
DIAS POSTERIORES EXISTEN TRES VARIEDADES EN RELA
CIÓN CON LA MUCOSA:

- A) PIEZA INTERMEDIA HIGIÉNICA.
- B) PIEZA INTERMEDIA SUPERPUESTA O ADYACENTE CON
LA CRESTA ALVEOLAR.
- C) PIEZA INTERMEDIA EN FORMA DE SILLA DE MONTAR.

A) PIEZA INTERMEDIA HIGIÉNICA.

ESTE TIPO DE PÓNTICO QUEDA SEPARADO DE LA MUCOSA POR UN ESPACIO DE 1 MM APROXIMADAMENTE, AUNQUE EN ALGUNOS CASOS PUEDE SER MAYOR. LA SUPERFICIE INFERIOR DE LA PIEZA INTERMEDIA ES CONVEXA EN TODOS LOS SENTIDOS Y ES MUY FÁCIL DE ALCANZAR DURANTE LA LIMPIEZA DE TODOS LOS DIENTES. SE USA, GENERALMENTE, PARA REEMPLAZAR LOS MOLARES INFERIORES Y, A VECES, PARA LOS PREMOLARES INFERIORES. CON ESTE DISEÑO SE CUMPLEN TODOS LOS REQUISITOS FUNCIONALES, PERO LA APARIENCIA GENERAL DEJA MUCHO QUE DESEAR.

B) PIEZA INTERMEDIA O ADYACENTE EN LA CRESTA ALVEOLAR.

SE AJUSTA A LA MUCOSA EN LA CARA VESTIBULAR Y EN LA CARA LINGUAL DESCRIBE UNA CURVA QUE LA ALEJA DE LA CRESTA DEL REBORDE ALVEOLAR. ESTA RELACIÓN CON LA MUCOSA COMBINA UNA BUENA ESTÉTICA EN LA CARA VESTIBULAR CON UN FÁCIL ACCESO DEL PÓNTICO Y DE LOS TEJIDOS VECINOS POR LA CARA LINGUAL. CUANDO SE DISEÑA CORRECTAMENTE, LA SUPERFICIE INFERIOR PRESENTA UNA FORMA CONVEXA QUE SE PUEDE LIMPIAR FACILMENTE CON HILO DENTAL. ESTA CLASE DE PIEZA INTERMEDIA ESTÁ INDICADA POR RAZONES ESTÉTICAS EN

DIENTES POSTERIORES, GENERALMENTE EN BICÚSPIDES Y MOLARES SUPERIORES Y BICÚSPIDES INFERIORES. TAMBIÉN SE USA EN REGIONES ANTERIORES.

c) PIEZAS INTERMEDIAS EN FORMA DE SILLA DE MONTAR

ESTE TIPO DE PÓNTICO SE ADAPTA A TODO EL REBORDE ALVEOLAR Y ES LA QUE TIENE UNA FORMA MÁS PARECIDA A LOS DIENTES NATURALES. EL ÁREA DE TEJIDO QUE QUEDA CUBIERTO ES MAYOR QUE LA DEL TIPO SUPERPUESTO. LA BASE ES CÓNCAVA Y NO PUEDE LIMPIARSE CON HILO DENTAL DE MODO SATISFACTORIO.

EL CONTACTO DEL PÓNTICO CON LA MUCOSA DEBE HACERSE SIN NINGUNA PRESIÓN Y, CUANDO SE PRUEBA EN LA BOCA, HAY QUE FIJARSE EN QUE LA RELACIÓN CON EL TEJIDO BLANDO SEA NORMAL.

3.2 PIEZAS INTERMEDIAS ANTERIORES.

LA ESTÉTICA ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA EN LAS PIEZAS INTERMEDIAS ANTERIORES, SE PROCURARÁ QUE LAS ZONAS VESTIBULARES REPRODUZCAN LO MEJOR POSIBLE SUS CARACTERÍSTICAS DE CONTORNO Y COLOR DE LOS DIENTES NATURALES. LOS CONTORNOS PROXIMALES Y VESTIBULARES SE CONFECCIONAN DE MODO QUE SE PARESCAN A LOS NATURALES Y NO SE MODIFICAN COMO SE HACE EN LOS POSTERIORES.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, SE USAN LAS RELACIONES EN SILLA DE MONTAR Y SUPERPUESTA A LA CRESTA ALVEOLAR.

LA PIEZA INTERMEDIA HIGIÉNICA PUEDE UTILIZARSE, A VECES, EN LA REGIÓN DE LOS INCISIVOS INFERIORES CUANDO EXISTA UNA RESORCIÓN ALVEOLAR MUY MARCADA, QUE OBLIGARÍA A COLOCAR PÓNTICOS DEMASIADO LARGOS.

CUANDO SE USA LA RELACIÓN SUPERPUESTA AL REBORDE ALVEOLAR, SE REDUCE LA DISMINUCIÓN VESTIBULOLINGUAL DEL PÓNTICO, A EXPENSAS DE LA CARA LINGUAL Y SE AMPLIAN LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES LINGUALES. LA DISMINUCIÓN DEL TAMAÑO DE LA SUPERFICIE LINGUAL PROPORCIONA UN MEJOR ACCESO A LA BASE DE LA PIEZA INTERMEDIA, A LOS MÁRGENES DE LOS RETENEDORES Y A LOS TEJIDOS CONTIGUOS Y, AL MISMO TIEMPO, QUEDA MENOS MUCOSA CUBIERTA. ADEMÁS, SE AUMENTA EL GRADO DE ESTÍMULO DEL TEJIDO POR LA FUNCIÓN.

LA REABSORCIÓN DE LA CRESTA ALVEOLAR CONSECUTIVA A LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES COMPLICLA LA ADAPTACIÓN DE LAS PIEZAS INTERMEDIAS ANTERIORES. ESTE PROBLEMA SE PRESENTA, ESPECIALMENTE, EN LOS DIENTES SUPERIORES, DONDE LA PARTE CERVICAL DEL PÓNTICO PUEDE QUEDAR VISIBLE CUANDO EL PACIENTE HABLA O RÍE.

3.3 PIEZA INTERMEDIA DE ACUERDO AL MATERIAL.

EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE PÓNTICOS, EN SU MAYORÍA YA NO SE UTILIZAN O SE UTILIZAN MUY POCO, SIGUEN SIENDO - LOS MISMOS MATERIALES COMO LA PORCELANA, EL ACRÍLICO Y RESINA; PERO LAS TÉCNICAS DE UTILIZACIÓN HAN CAMBIADO, SOLO SE ENUNCIARAN COMO CONOCIMIENTO DE LOS MISMOS.

3.4 PÓNTICOS CON CARILLAS DE PERNOS LARGOS.

LAS CARILLAS, O FACETAS, DE PERNOS LARGOS, SE HACEN EN PORCELANA COCIDA AL VACÍO EN LOS TONOS DE LA GUÍA DE COLORES BIOFORM. EXISTEN MOLDES PARA TODOS LOS DIENTES, TANTO DEL MAXILAR COMO DE LA MANDÍBULA. ESTA CLASE DE FACETAS DE PORCELANA VAN SUJETADAS EN LA PIEZA INTERMEDIA POR MEDIO DE DOS PERNOS, O ESPIGOS, QUE SOBRESALEN EN EL RESPALDO Y SE INCERTAN EN EL ORO O METAL EN QUE SE CEMENTA LA CARILLA. EL RESPALDO SE HACE EN CERA Y SE CUELA POSTERIORMENTE. LAS CARILLAS SE PUEDEN TALLAR PARA ADAPTARLAS AL CONTORNO Y TAMAÑO QUE SE DESEE. TODAS LAS SUPERFICIES DE LA PORCELANA SE PUEDEN MODIFICAR TALLANDOLAS Y LOS MARGENES DE LA CARILLA SE PUEDEN BISELAR PARA PROTEGER LA PORCELANA. LA PARTE TALLADA DE LA PORCELANA FUNDIDA AL VACÍO SE PUEDE PULIR SIN NECESIDAD DE BARNIZAR DESPUÉS. SI LA CARILLA NO TIENE LA LONGITUD SUFICIENTE O QUEDA PEQUEÑA EN CUALQUIER OTRA DIMENSIÓN, SE PUEDE AGREGAR NUEVA

PORCELANA, FUNDIÉNDOLA A LA FICETA PREFABRICADA. CUANDO SE TRABAJAN EN FORMA ADECUADA, LAS CARILLAS DE PERNOS LARGOS DURAN MUCHO Y OFRECEN UNA ESTÉTICA EXCELENTE.

LAS FACETAS DE PERNOS LARGOS SE PUEDEN EMPLEAR EN PIEZAS INTERMEDIAS QUE SUSTITUYAN CUALQUIER DIENTE SUPERIOR O INFERIOR. CASI SIEMPRE SE UTILIZA LA RELACIÓN ALVEOLAR CON BORDE SUPERPUESTO; AUNQUE, EN LOS INCISIVOS, BUCÚSPIDEOS Y MOLARES INFERIORES SE PUEDE HACER UN PÓNTICO HIGIÉNICO, CUANDO SEA ÍNDICADO.

3.5 PIEZA INTERMEDIA STEELE DE RESPALDO PLANO.

ESTAS SE FABRICAN PARA TODOS LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES, EN DOS TIPOS DE PORCELANA Y DE RESINA. SIN EMBARGO, NO SE ENCUENTRAN TODO LOS MOLDES EN CADA UNA DE LAS TRES CLASES DE MATERIALES. ORIGINALMENTE SE FABRICABAN EN PORCELANA, PROCESADA POR EL SISTEMA DE FUEGO APLICADO NO AL VACÍO. ACTUALMENTE, LOS MOLDES MÁS POPULARES SE HACEN EN PORCELANA FUNDIDA AL VACÍO Y EN RESINA.

LAS FACETAS FUNDIDAS SIN APLICAR EL VACÍO LAS ENCONTRAMOS EN LA GUÍA NEW HUE; LAS PROCESADAS AL VACÍO EN LA GUÍA DE COLORES BIOFORM Y LAS DE RESINA EN LA GUÍA BIOTONE.

LAS VENTAJAS DE ESTAS CARILLAS ES QUE SE PUEDEN REEMPLAZAR FÁCILMENTE, EN CASO DE QUE SE FRACTUREN. SI SE SELECCIONAN CORRECTAMENTE SE PUEDE CONSEGUIR MAGNÍFICOS RESULTADOS ESTÉTICOS. ESTAS CARILLAS SE COLOCAN DESLIZANDOLAS DESDE LA CARA INCISAL; PERO LA DESVENTAJA ES QUE NO SE PUEDEN TALLAR NI AGREGAR PORCELANA PARA ALARGARLAS.

LOS PÓNTICOS DE RESPALDO PLANO SE FABRICAN PARA TODOS LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES. SU APLICACIÓN PRINCIPAL ES EN LOS INCISIVOS SUPERIORES, CUANDO LAS RELACIONES OCLUSALES SON FAVORABLES. LA FACETA ESTÁ CONTRAINDICADA EN LAS RELACIONES BORDE A BORDE.

3.6 TRUPÓNTICO STEELE.

EL TRUPÓNTICO LLEVA PORCELANA EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR, EN LA ZONA DE LA ZONA DE LA MUCOSA Y EN LA PARTE DE LA SUPERFICIE LINGUAL. LA PORCELANA SE DESLIZA DENTRO DE UN RESPALDO DE METAL, PERO EL RIEL ESTÁ COLOCADO EN SENTIDO HORIZONTAL. LA PORCELANA SE PUEDE SUSTITUIR EN CASO DE FRACTURA.

LAS FACETAS SE FABRICAN PARA TODOS LOS DIENTES, EXCEPTO PARA LOS INCISIVOS INFERIORES, EN LA GUÍA DE COLORES NEW HUE. TAMBIÉN SE PUEDE CONSEGUIR UN SURTIDO EN RESINA EN LOS TONOS DE COLORES BIOTONE.

LAS FACETAS SE FABRICAN EN DOS FORMAS: EN CONO Y EN SILLA DE MONTAR. LA PRIMERA, SE USA EN PUENTES INMEDIATOS Y, LA SEGUNDA, EN PIEZAS INTERMEDIAS ADYACENTES A LA MUCOSA Y EN FORMA DE SILLA DE MONTAR.

ESTAS CLASES DE PÓNTICOS SON EXCELENTES CUANDO HAY ESPACIOS AMPLIOS EN LA ZONA EDÉNTULA. EL TALLADO DE LA PORCELANA ESTÁ LIMITADO POR LA FOSA SITUADA EN LA PARTE CENTRAL Y ES DIFÍCIL DE ADAPTAR EL PÓNTICO EN REGIONES DESDENTADAS PEQUEÑAS. EL MARGEN OCLUSAL DE LAS CARILLAS DE BICÚSPIDES Y MOLARES NO SE PUEDE CONTORNEAR, PORQUE ESTA SUPERFICIE SE AJUSTA AL RESPALDO PREFABRICADO. LOS TRUPÓNTICOS SON MUY ÚTILES CUANDO SE CONSIDERA CONVENIENTE QUE LA PORCELANA QUEDE EN CONTACTO CON LA MUCOSA Y, CUANDO, HAY ESPACIOS MUY AMPLIOS EN LA ZONA DEL PÓNTICO.

3.7 PÓNTICO HIGIÉNICO STEELE.

SE FABRICAN EN PORCELANA PROCESADA AL VACÍO Y SE APLICAN, ÚNICAMENTE, EN LOS MOLARES Y PREMOLARES INFERIORES. LOS ENCONTRAMOS EN LA GUÍA DE COLORES BIOFORM. LA PORCELANA ENTRA EN UN PERNO SIMILAR AL DEL TRUPÓNTICO, PERO NO TIENE EXTENSIÓN VESTIBULAR DE PORCELANA, Y ÉSTA NO SE AJUSTA AL REBORDE ALVEOLAR Y, POR EL CONTRARIO, DEJA UN ESPACIO DE 1 MM. EL ÚNICO OBJETO DEL

PÓNTICO HIGIÉNICO ES PERMITIR QUE LA PORCELANA QUEDE -
OPUESTA A LA MUCOSA ALVEOLAR, CUANDO SE CONSIDERA QUE
ES MÁS APROPIADA QUE EL ORO PARA MANTENER LA SALUD DE
LA MUCOSA.

3.8 PÓNTICOS CON CARILLAS DE PERNOS INVERTIDOS.

EL LOS PÓNTICOS CON CARILLAS DE PERNOS INVERTIDOS SE
UTILIZAN DIENTES DE PORCELANA PARA DENTADURAS COMO FACE
TAS. LAS FACETAS SE MANTIENEN EN POSICIÓN CON PERNOS
DE ORO, QUE SE EXTIENDEN DESDE EL RESPALDO Y PENETRAN
EN LA PORCELANA.

DEBIDO AL HECHO DE QUE SE UTILIZAN VARIOS PERNOS PARA
UNIR LA PORCELANA AL RESPALDO, LAS FUERZAS QUE CAEN -
SOBRE LA SUPERFICIE DE UNIÓN ORO-PORCELANA, SE DISTRI-
BUYEN MÁS AMPLIAMENTE QUE EN OTRAS FACETAS DE PÓNTICOS
Y, POR CONSIGUIENTE, LA INCIDENCIA DE FRACTURAS ES MUY
PEQUEÑA.

3.9 PÓNTICOS DE ACRÍLICO.

ESTOS PÓNTICOS SON MUY VERSÁTILES Y SE ADAPTAN A CUAL-
QUIER SITUACIÓN CLÍNICA. SON MUY USUALES EN PÓNTICOS
PEQUEÑOS EN CASOS EN QUE LOS DIENTES SE HAN MOVIDO, -
ACERCANDOSE UNOS CON OTROS, Y NO QUEDA ESPACIO PARA -
COLOCAR NINGUNA DE LAS CARILLAS CONVENCIONALES. LOS -
RESULTADOS ESTÉTICOS SON VARIABLES Y DEPENDEN DE LA -

TÉCNICA PARA MODELAR EL PÓNTICO Y PROCESAR EL ACRÍLICO. AUNQUE EN CONDICIONES NORMALES TIENEN CUALIDADES DE RESISTENCIA A LA ABRASIÓN.

3.10 PÓNTICO DE PORCELANA FUNDIDA.

EN LOS PÓNTICOS DE PORCELANA FUNDIDA AL ORO SE PUEDE COLOCAR LA PORCELANA SOBRE LA SUPERFICIE INCISAL U OCLUSAL, DE MODO QUE NO QUEDE NADA DE ORO A LA VISTA. EL MEJOR RESULTADO SE OBTIENE COLOCANDO UNA CAPA FINA DE PORCELANA DE 1.5 MM UNIDA CON EL ORO EN UNA ARISTA EN FORMA DE PLUMA. LA PORCELANA SE FUNDE CON LA INFRAESTRUCTURA DE ORO DESPUÉS DE SOLDAR LOS DISTINTOS COMPONENTES DEL PUENTE.

3.11 PÓNTICO CON BORDE DE MORDIDA DE PORCELANA.

ES UNA MODIFICACIÓN DEL PÓNTICO STEELE DE RESPALDO PLANO PARA QUE EL BORDE INCISAL QUEDE EN PORCELANA Y TRANSLUCIDO. LAS FACETAS SE FABRICAN EN LOS TONOS DE LA GUÍA NEW HUE PARA LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES E INFERIORES. CON ESTAS FACETAS SE OBTIENEN MUY BUENOS RESULTADOS CUANDO LA ESTÉTICA ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA Y SI LAS RELACIONES OCLUSALES LO PERMITEN.

EL INCONVENIENTE DE ESTOS PÓNTICOS ES LA PREDISPOSICIÓN A LA FRACTURA POR NO TENER PROTECCIÓN LINGUAL EN EL TERCIO INCISAL.

3.12 PÓNTICO COMPLETO EN ORO.

EL PÓNTICO TOTALMENTE EN ORO SE APLICA, ÚNICAMENTE, EN LOS MOLARES INFERIORES, DONDE LA ESTÉTICA NO TIENE IMPORTANCIA. SU DISEÑO ES SIMILAR A LA DE LAS PIEZAS INTERMEDIAS HIGIÉNICAS.

V.4 C O N E C T O R E S

EL CONECTOR ES LA PARTE DE UN PUENTE FIJO QUE UNE LA PIEZA INTERMEDIA AL RETENEDOR Y REPRESENTA UN PUNTO DE CONTACTO MODIFICADO ENTRE LOS DIENTES. LOS CONECTORES SE PUEDEN CLASIFICAR EN RÍGIDOS O FIJOS, SEMIRRÍGIDOS Y CON BARRA LINGUAL. EL MÁS COMÚN ES EL CONECTOR FIJO.

4.1 CONECTOR RÍGIDO O FIJO.

ES EL MÁS COMÚN Y PROPORCIONA UNIÓN ENTRE EL PÓNTICO Y EL RETENEDOR Y NO PERMITE MOVIMIENTOS INDIVIDUALES DE LAS DISTINTAS UNIDADES DEL PUENTE, POR LO QUE ACTÚA COMO FERÚLA. EL CONECTOR FIJO SE PUEDE COLAR COMO PARTE INTEGRANTE DEL RETENEDOR Y DEL PÓNTICO, O SE PUEDE HACER SOLDAR EL PÓNTICO Y EL RETENEDOR. EL CONECTOR COLADO SE UTILIZA EN LOS PUENTES QUE SE HACEN EN UN COLADO DE UNA SOLA PIEZA, Y EL CONECTOR SE ENCERA EN LA FORMA QUE SE CONSIDERE MÁS ADECUADA, AL MISMO TIEMPO QUE SE ENCERA EL RETENEDOR Y EL PÓNTICO.

EL CONTORNO DEL CONECTOR SE ESTABLECE CUANDO LA PIEZA INTERMEDIA Y EL RETENEDOR SE UNEN POR MEDIO DE SOLDADURA Y DURANTE LAS OPERACIONES SIGUIENTES DE TERMINACIÓN Y PULIMENTO. EL CONECTOR COLADO ES MÁS RESISTENTE QUE EL SOLDADO.

4.2 CONECTOR SEMIRRÍGIDO.

ESTE PERMITE ALGUNOS MOVIMIENTOS INDIVIDUALES DE LAS UNIDADES QUE SE UNEN A LA PRÓTESIS; LA CANTIDAD EXACTA DE MOVIMIENTOS Y DIRECCIÓN DEPENDE DEL DISEÑO DEL CONECTOR. SE UTILIZA EN TRES SITUACIONES.

- A) CUANDO EL RETENEDOR NO TIENE SUFICIENTE RETENCIÓN, POR CUALQUIER MOTIVO Y HAY QUE ROMPER LA FUERZA TRANSMITIDA DESDE EL PÓNTICO AL RETENEDOR, POR MEDIO DEL CONECTOR.
- B) CUANDO NO ES POSIBLE PREPARAR EL RETENEDOR CON SU LÍNEA DE ENTRADA O PATRÓN DE INSERCIÓN ACORDE CON LA DIRECCIÓN DE ENTRADA GENERAL DE LA PRÓTESIS Y EL CONECTOR SEMIRRÍGIDO PUEDE COMPENSAR ESTA DIFERENCIA.
- C) CUANDO SE DESEA SEPARAR UNA PRÓTESIS COMPLEJA EN UNA O MÁS UNIDADES POR CONVENIENCIA DE LA CONSTRUCCIÓN, CEMENTACIÓN O MANTENIMIENTO, PERO CONSERVANDO UN MEDIO DE FERULIZACIÓN DE LOS DIENTES.

ESTA CLASE DE CONECTOR PERMITE LOS MOVIMIENTOS VERTICALES DE LA UNIDAD O UNIDADES DEL PUENTE Y LIGEROS MOVIMIENTOS EN OTRAS DIRECCIONES, QUE VARÍAN EN AMPLITUD DE ACUERDO CON EL GRADO DE ADAPTACIÓN DE LOS DOS ELEMENTOS DEL CONECTOR. A MAYOR PRECISIÓN EN EL ENGRANAJE, MENOR SERÁ LA CANTIDAD DE MOVIMIENTO POSIBLE. ES FRECUENTE COLOCAR EL CONECTOR SEMIRRÍGIDO, SOLAMENTE, EN UN EXTREMO DEL PUENTE Y UN CONECTOR FIJO EN EL OTRO - EXTREMO.

4.3 CONECTOR CON BARRA LINGUAL.

ESTE TIPO DE CONECTOR NO SE APLICA MUCHO, PERO PUEDE SER UNA BUENA SOLUCIÓN A UN PROBLEMA CLÍNICO DIFÍCIL. SE EXTIENDE DESDE EL RETENEDOR HASTA LA PIEZA INTERMEDIA, SOBRE LA SUPERFICIE MUCOSA Y NO SE APLICA EL ÁREA DE CONTACTO. ESTE CONECTOR SE USA EN LOS CASOS EN QUE HAY GRANDES DIASTEMAS ENTRE LOS DIENTES ANTERIORES Y SE TIENE QUE CONSTRUIR UN PUENTE. LOS CONECTORES FIJOS - Y SEMIRRÍGIDOS SÓLO SE PUEDEN USAR CUANDO LOS DIENTES SE TOCAN, PUES, DE LOS CONTRARIO, SE VARÍA EL METAL - EN EL ESPACIO INTERPROXIMAL. LA BARRA LINGUAL FACILITA REEMPLAZAR DIENTES CON UN PUENTE FIJO, QUE RESPETA EL DIASTEMA NATURAL, SIN QUE QUEDE EXPOSICIÓN DE ORO O METAL EN LA ZONA INTERPROXIMAL.

CAPITULO VI

PREPARACIONES MAS COMUNES

LA PREPARACIÓN ES DE GRAN IMPORTANCIA PARA LA REALIZACIÓN DE UNA PRÓTESIS PARCIAL FIJA, YA QUE, EN ELLA RECAERÁ LA - MAYOR RESPONSABILIDAD PARA EL ÉXITO O FRACASO DEL TRATAMIENTU TO.

EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE PREPARACIONES DENTRO DE LA - PRÓTESIS PARCIAL FIJA, EN DONDE SE ALOJARÁ EL RETENEDOR, EL CUAL DARA LA RECONSTRUCCIÓN DE UNO O MÁS DIENTES, EL DISEÑO DE LAS PREPARACIONES DEPENDERÁ DEL GRADO DE DESTRUCCIÓN DEL DIENTE.

EL DISEÑO ES ATRAVÉS DEL TALLADO O DESGASTE DE LAS SUPERFI CIES DEL DIENTE, SE TOMARÁ LA PROFUNDIDAD DEPENDIENDO DEL TIPO DE PREPARACIÓN, ESTO IMPLICA HABILIDAD MANUAL POR PARTE DEL OPERADOR Y APLICAR CORRECTAMENTE LOS CONOCIMIENTOS ANTES MENCIONADOS.

ES IMPORTANTE CONTAR CON EL INSTRUMENTAL ADECUADO, PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÓTESIS.

VI.1 CORONAS COMPLETAS

LAS CORONAS COMPLETAS SON RESTAURACIONES QUE CUBREN LA -
TOTALIDAD DE LA CORONA CLÍNICA DEL DIENTE. HAY UNA GRAN
VARIEDAD DE CORONAS QUE SE UTILIZAN COMO ANCLAJE DE PUENTES
Y DIFIEREN EN LOS MATERIALES CON LOS QUE SE CONFECCIONAN, -
EN EL DISEÑO DE LA PREPARACIÓN Y EN LAS INDICACIONES PARA -
SU APLICACIÓN CLÍNICA. LAS CORONAS COMPLETAS DE ORO COLADO
SE UTILIZAN COMO RETENEDORES DE PUENTES EN DIENTES POSTERIOR
RES DONDE LA ESTÉTICA NO ES TAN IMPORTANTE.

EN LOS DIENTES ANTERIORES SE USAN LAS CORONAS COMPLETAS DE
ORO COLADO, CON FACETAS O CARILLAS DE PORCELANA, O DE RESINA
SINTÉTICA, PARA CUMPLIR LAS RAZONES ESTÉTICAS, EN ESTOS GRUP
POS EXISTEN VARIANTES, DE ACUERDO A LOS MATERIALES UTILIZADOS
Y CON LA SITUACIÓN CLÍNICA.

INDICACIONES GENERALES.

- 1- CUANDO EL DIENTE DE ANCLAJE ESTÁ MUY DESTRUIDO POR CARIES,
EN ESPECIAL SI ESTÁN AFECTADAS VARIAS SUPERFICIES DEL -
DIENTE.
- 2- CUANDO EL DIENTE DE ANCLAJE YA TIENE RESTAURACIONES -
GRANDES.
- 3- CUANDO LA SITUACIÓN ESTÉTICA ES DEFICIENTE POR ALGÚN -
DEFECTO DE DESARROLLO.

- 4- CUANDO LOS CONTORNOS AXIALES DEL DIENTE NO SON SATISFAC
TORIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA FUNCIONAL Y SE TIENE QUE
CONSTRUIR EL DIENTE PARA TENER UNA RELACIÓN NORMAL CON
LOS TEJIDOS BLANDOS.
- 5- CUANDO UN DIENTE SE ENCUENTRA INCLINADO CON RESPECTO A
SU POSICIÓN NORMAL Y NO SE PUEDE CORREGIR LA ALINEACIÓN
DEFECTUOSA POR MEDIO DE ORTODONCIA.
- 6- CUANDO HAY QUE MODIFICAR EL PLANO OCLUSAL Y SE HACE -
NECESARIO LA CONFECCIÓN DE UN NUEVO CONTORNO DE TODA LA
CORONA CLÍNICA.

LA PREPARACIÓN DE LA CORONA COMPLETA IMPLICA EL TALLADO DE
TODAS LAS SUPERFICIES DE LA CORONA CLÍNICA, GENERALMENTE -
PENETRA EN LA DENTINA, EXCEPTO EN LA ZONA CERVICAL EN ALGU-
NOS TIPOS DE CORONAS COLADAS DE ORO.

POR LO TANTO, EL NÚMERO DE CANALÍCULOS DENTINALES QUE SE
HABREN EN LA PREPARACIÓN ES MAYOR QUE EN CUALQUIER OTRA CLA
SE DE PREPARACIONES. SI, ESTÁ ES REALIZADA CORRECTAMENTE -
SE EVITARÁ LA PENETRACIÓN PROFUNDA DENTRO DE LA DENTINA.

LA REACCIÓN POR PARTE DEL DIENTE, ANTE LA PREPARACIÓN PRO
FUNDA, DEPENDE DE VARIOS FACTORES COMO LA EDAD DEL PACIENTE
QUE CONDICIONA LA PERMEABILIDAD DE LOS CANALÍCULOS DENTINA-
LES. EN PACIENTES JOVENES LOS CANALÍCULOS PRESENTAN UNA -
REACCIÓN MÁXIMA Y HAY PELIGRO DE IRRITACIÓN PULPAR.

EN EL PACIENTE ADULTO SE HAN PRODUCIDO CAMBIOS ESCLERÓTI-
COS EN LA DENTINA Y LOS CANALÍCULOS SON MÁS ESTRECHOS, REDU-
CIENDO CON ESTO LA PERMEABILIDAD DE LA DENTINA.

LA CORONA COMPLETA DE ORO COLADO SE HACE EN ORO, SIN CARI-
LLA ESTÉTICA. LA CORONA COLADA SE PUEDE CONSTRUIR EN TODOS
LOS DIENTES, PERO LAS EXIGENCIAS ESTÉTICAS LIMITAN SU APLICA-
CIÓN EN LOS MOLARES. EL TERMINADO CERVICAL DE LAS CORONAS
COMPLETAS VARÍA EN CUATRO TIPOS: CON HOMBROS, HOMBRO BISELA-
DO, CHAFLAN Y SIN HOMBRO.

1.1 DISEÑO.

LA PREPARACIÓN CONSISTE EN ELIMINAR UNA DELGADA CAPA DE
TEJIDO EN TODAS LAS SUPERFICIES DE LA CORONA CLÍNICA -
DEL DIENTE Y OBTENER ESPACIO PARA PERMITIR LA COLOCACIÓN
DE ORO, DE ESPESOR ADECUADO, QUE PERMITA LA REPRODUCCIÓN
DE TODAS LAS CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS.

LAS PAREDES AXIALES DEL DIENTE SE DESGASTAN HASTA DEJAR
UN ESPACIO DE 1 MM DE ESPESOR APROXIMADAMENTE, EN LAS -
REGIONES OCLUSALES, PARA QUE LO OCUPE EL ORO. ESTE -
ESPESOR SE ADELGAZA EN FORMA VARIABLE HACIA LA PARTE -
CERVICAL, DE ACUERDO AL TIPO DE TERMINACIÓN CERVICAL -
QUE SE UTILICE.

A LAS PAREDES PROXIMALES SE LES DA UNA INCLINACIÓN MÍNIMA DE 5 GRADOS, ESTO FACILITA LAS PREPARACIONES Y EL AJUSTE DE LAS RESTAURACIONES Y PROPORCIONA RETENCIÓN AL MUÑÓN. EN ALGUNOS CASOS SE DEBERÁ AUMENTAR EL GRADO DE INCLINACIÓN DEBIDO A LA INCLINACIÓN DEL DIENTE.

EL AUMENTO EN LA INCLINACIÓN DISMINUYE LA FORMA DE RESISTENCIA DE LA PREPARACIÓN CONTRA LAS FUERZAS QUE TIENDEN A DESPLAZAR LA CORONA, REDUCIENDO LA RETENCIÓN DEL MUÑÓN.

EN TALES CASOS SE CONSIGUE RETENCIÓN ADICIONAL AGREGANDO SURCOS, CAJAS O PINS EN LA PREPARACIÓN. LA LONGITUD Y EL GRADO DE INCLINACIÓN DE LAS PAREDES AXIALES CONSIDERAN LA RETENCIÓN DE LA RESTAURACIÓN, POR LO QUE SE DEBERÁ TENER CUIDADO EN EL TALLADO EN LA REGIÓN DE LOS CUATRO ÁNGULOS AXIALES DEL DIENTE.

EL ABULTAMIENTO EXCESIVO DE LOS CUATRO ÁNGULOS AXIALES DESTRUYE LA ARMONÍA DE LAS RELACIONES DE CONTACTO DEL DIENTE Y DE LAS RELACIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS Y DÜROS.

A MEDIDA QUE SE DESGASTAN LAS PAREDES AXIALES DEL DIENTE SE DA FORMA A LA LÍNEA TERMINAL CERVICAL.

1.2 MODIFICACIONES EN EL DISEÑO PARA AUMENTAR LA RETENCIÓN.

1.2.1 SURCOS AXIALES.

LOS SURCOS AXIALES SE PERFORAN GENERALMENTE EN LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y LINGUAL, DONDE PUEDEN RESISTIR LAS FUERZAS DESPLAZANTES EN EL PLANO MESIODISTAL, AL IGUAL SI SE COLOCAN EN LAS SUPERFICIES MESIAL O DISTAL ACTUARÁN EN CONTRA DE LAS FUERZAS VESTIBULO-LINGUALES. LOS SURCOS SE EXTIENDEN 1 MM, MÁS O MENOS, DESDE LA LÍNEA TERMINAL CERVICAL; SUS PAREDES DEBEN SER INCLINADAS, EN FORMA DE CONO, Y ESTAR EN LA MISMA LÍNEA DE ENTRADA DE LOS DEMÁS PILARES DEL PUENTE.

EL SURCO DEBERÁ PENETRAR ALREDEDOR DE 0.5 MM DENTRO DE LA PREPARACIÓN, EL ANCHO VARIARÁ SEGÚN LAS NECESIDADES.

1.2.2 CAJAS AXIALES.

ACTÚAN DE LA MISMA FORMA QUE LOS SURCOS AXIALES Y SÓLO DIFIEREN EN EL TAMAÑO Y EN EL DISEÑO. ESTÁN INDICADAS CUANDO YA EXISTEN OBTURACIONES DE AMALGAMA, O INCRUSTACIONES, EN LA SUPERFICIE MESIAL O DISTAL DEL DIENTE Y ES CONVENIENTE CONSTRUIR UNA CAJA EN LA PREPARACIÓN DE LA CORONA.

SE CONSTRUYEN CASI SIEMPRE EN LAS SUPERFICIES -
MESIAL O DISTAL, HAY QUE DARLE INCLINACIÓN ADE-
CUADA A SUS PAREDES PARA FACILITAR LA TOMA DE LA
IMPRESIÓN Y LA DIRECCIÓN DE LA LÍNEA DE ENTRADA
DEBE COINCIDIR CON LAS DE LAS OTRAS PREPARACIO-
NES DE ANCLAJE; LOS ÁNGULOS CAVOSUPERFICIALES DE
LA CAJA SE DEBEN BISELAR EN TODA SU EXTENSIÓN.

1.2.3 PINS.

EN LA PREPARACIÓN DE CORONAS COMPLETAS SE PUEDE
CONSEGUIR MÁS RETENCIÓN POR MEDIO DE DOS O MÁS
CANALES PARA PINS PERFORADOS DENTRO DE LA PREPA-
RACIÓN.

SE PUEDEN TALLAR EN SITIOS DIFERENTES, SIENDO EL
MÁS CONVENIENTE LA SUPERFICIE OCLUSAL. SE EVITA
RÁ COLOCARLOS SOBRE LOS CUERNOS PULPARES, LA PRO-
FUNDIDAD PUEDE VARIAR DE 1 A 2 MM Y DEBEN QUEDAR
EN LA LÍNEA DE ENTRADA DE LOS DEMÁS PILARES DEL
PUENTE.

VI.2 CORONAS DE PORCELANA CON ORO CERAMICO Y METAL NO PRECIOSO

ES UNA CORONA COMPLETA QUE PUEDE REALIZARSE CON ORO O - METAL NO PRECIOSO. LAS CORONAS DE PORCELANA SOBRE ORO O - METAL NO PRECIOSO SE UTILIZAN COMO RESTAURACIONES INDIVIDUALES Y COMO PILARES DE PRÓTESIS.

PUEDE SATISFACER CASI TODOS LOS REQUISITOS DE UNA RESTAURACIÓN, SE UTILIZARÁ EN CASOS DONDE LAS PROBABILIDADES DE ÉXITO SEAN FAVORABLES.

EL FACTOR ECONÓMICO INFLUYE DE UNA MANERA ARBITRARIA, POR SU ALTO COSTO. POR ÉSTA RAZÓN EL EMPLEO DE CORONAS DE PORCELANA CON BASE DE METAL NO PRECIOSO, HA SIDO ACEPTADO POR - ODONTÓLOGOS Y TÉCNICOS DENTALES.

2.1 INDICACIONES.

- 1.- ANGULOS INCISALES FRACTURADOS.
- 2.- CARIES PROXIMAL EXCESIVA.
- 3.- EN DIENTES DE COLOR ALTERADO POR PERTURBACIONES DE LA MINERALIZACIÓN O POR CANTIDADES EXCESIVAS DE - TETRACICLINA Ó FLUOR.
- 4.- MALFORMACIONES POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES.
- 5.- DIENTES LATERALES CONOIDES.

2.2 CONTRADICCIONES.

- 1.- PACIENTES JOVENES CON CÁMARAS PULPARES GRANDES.
- 2.- PERSONAS DEDICADAS A DEPORTES VIOLENTOS.
- 3.- PACIENTES CON RELACIÓN OCLUSAL, CRUZADA ANTERIOR, DE BORDE A BORDE Ó REDUCIDA.
- 4.- DIENTES ANTERIORES CON CIRCUNFERENCIA CERVICAL - ESTRECHA Y CORONA CLÍNICA CORTA POR ABRASIÓN - FISIOLÓGICA.

2.3 DESVENTAJAS.

- 1.- FRACTURA POR DEBILIDAD DEL MATERIAL.
- 2.- SON PREPARACIONES ARDUAS, REQUIERE LA REDUCCIÓN DE SUFICIENTE ESTRUCTURA DENTARIA.
- 3.- LA REPRODUCCIÓN DEL COLOR DE ALGUNOS DIENTES NATURALES PUEDE SER PROBLEMÁTICA.
- 4.- ES DIFÍCIL OBTENER UNA IMPRESIÓN EXACTA SIN TRAUMATIZAR A LOS TEJIDOS.

2.4 DISEÑO.

SE INICIA CON EL DESGASTE EN EL PLANO INCISAL DE 1.5 A 2 MM, PARA OBTENER UN ESPESOR ADECUADO PARA EL METAL Y LA PORCELANA. SU REDUCCIÓN INCISAL DEBE SER ADECUADA - PARA ASEGURAR UN ESPACIO INTEROCLUSAL CORRECTO EN LOS - MOVIMIENTOS MANDIBULARES PROTUSIVOS, ESTÉTICA SATISFAC-

TORIA Y FUNCIÓN ÓPTIMA. EL DESGASTE OCLUSAL PARA UNA CORONA ESTÉTICA POSTERIOR DEBERÁ TENER UN ESPESOR DE 2 MM Y SE HACE CON UNA FRESA DE DIAMANTE EN FORMA DE RUEDA.

SE VERIFICA EL ESPACIO INTEROCLUSAL EN LAS DIVERSAS EXCURSIONES DE LA MANDÍBULA CON UNA LAMINA INTEROCLUSAL DE CERA.

EN LOS CASOS PROXIMALES SE EFECTÚA EL DESGASTE CON UNA FRESA DE DIAMANTE TRONCOCÓNICA, FINA Y LARGA, O FRESA ESTRIADA DE CARBURO. SE INICIA EL CORTE DE VESTIBULAR A LINGUAL EN UN PLANO DE 1 A 1.5 MM DE LA CARA PROXIMAL.

SE ORIENTA LA FRESA DE DIAMANTE HACIA GINGIVAL DE MODO QUE CUANDO TERMINE EL CORTE A TRAVÉS DEL DIENTE, EL PLANO PROXIMAL EMERJA EN LA CRESTA DE LA ENCÍA O LIGERAMENTE POR ENCIA SIN CREAR UN ESCALÓN GINGIVAL.

LOS CORTES PROXIMALES HAN DE SER TALES QUE SE APROXIMEN AL PARALELISMO Y CONVERJAN HACIA LINGUAL, MÁS O MENOS EN EL SENTIDO DE LAS CARAS INTACTAS.

EL DESGASTE DEL ESMALTE LABIAL SE REALIZA CON UNA FRESA TRONCOCÓNICA DE DIAMANTE QUE SE MUEVE EN FORMA DE BARRIDO, CON MOVIMIENTOS SUAVES CONTROLADOS DE MESIAL A DISTAL. EL DESGASTE DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR TIENE QUE SER CONVEXO HACIA MESIODISTAL Y GINGIVO-INCISAL.

EN LA SUPERFICIE LINGUAL EL DESGASTE SE REALIZA CON UNA FRESA DE DIAMANTE EN FORMA DE RUEDA DE COCHE EN LOS DIENTES ANTERIORES, EN DIENTES POSTERIORES EL DESGASTE ES VERTICAL Y SE EFECTÚA CON PIEDRA DE DIAMANTE CILÍNDRICA DE TAMAÑO MEDIANO.

EN LA PREPARACIÓN DE LOS MÁRGENES GINGIVALES, EL HOMBRO VESTIBULAR TIENE 0.5 A 0.75 MM DE ANCHO, ÉSTE SE ENCUENTRA Y CONTINUA CON EL CHAFLÁN LINGUAL A LA MITAD DE LAS CARAS PROXIMALES. EL HOMBRO VESTIBULAR SE LOGRA POR MEDIO DE UNA FRESA CILÍNDRICA LARGA.

EL MARGEN CERVICAL SE UBICA NORMALMENTE POR DEBAJO DE LA CRESTA DEL TEJIDO BLANDO.

ES INDISPENSABLE EL REDONDEAMIENTO DE LOS ÁNGULOS DIEDROS AXIALES DONDE SE UNEN LAS PAREDES PROXIMALES CON VESTIBULAR Y LINGUAL, PARA QUE QUEDE BIEN DEFINIDA LA LÍNEA CERVICAL MARGINAL. LOS ÁNGULOS DIEDROS PROXIMALES Y OCLUSAL SE REDONDEAN Y SE ALISA EL TALLADO.

VI.3 CORONA TOTAL CON FRENTE ESTETICO O VENEER.

ES UNA CORONA COMPLETA DE ORO COLADO, CON UNA CARILLA, O FACETA ESTÉTICA, QUE CONCUERDA CON EL TONO DE COLOR DE LOS DIENTES CONTIGUOS.

EN LA CONFECCIÓN DE LA CARILLA SE USAN DIVERSOS MATERIALES: LAS FACETAS DE PORCELANA PUEDEN SER PREFABRICADAS Y SE ADAPTAN AL CASO PARTICULAR TALLÁNDOLAS HASTA OBTENER LA FORMA CONVENIENTE, O SE PUEDEN HACER DE PORCELANA FUNDIDA DIRECTAMENTE SOBRE LA CORONA DE ORO. LAS CARILLAS DE RESINA SE CONSTRUYEN SOBRE LA CORONA DE ORO O DE METAL ACRILICA.

LA PREPARACIÓN CLÍNICA DEL DIENTE ES BÁSICAMENTE IGUAL PARA CUALQUIERA DE LOS MATERIALES QUE SE EMPLEEN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CORONA.

3.1 INDICACIONES.

SE PUEDE USAR EN CUALQUIER DIENTE EN QUE ESTE INDICADA UNA CORONA COMPLETA, ESPECIALMENTE EN LAS REGIONES ANTERIORES DEL MAXILAR Y DE LA MANDÍBULA.

LAS CORONAS VENEER SE CONFECCIONAN COMÚNMENTE EN LOS BICÚSPIDES, CANINOS E INCISIVOS.

3.2 SELECCIÓN DEL MATERIAL.

LA MÁS SATISFACTORIA PARA LAS CORONAS VENEER ES LA PORCELANA. LA PORCELANA RESISTE LA ABRASIÓN DE LA BOCA Y POSEE CUALIDADES ÓPTIMAS MUY PARECIDAS A LA DEL ESMALTE.

CON LA CARILLA DE RESINA SE PUEDEN LOGRAR EXCELENTES RESULTADOS ESTÉTICOS. ESTE MATERIAL TIENE MENOR RESISTENCIA A LA ABRASIÓN QUE LAS PORCELANAS.

LAS CARILLAS CON ACRÍLICO NO SON MUY RECOMENDADAS, PERO RESULTAN MÁS ECONÓMICAS QUE LAS DOS ANTERIORES.

3.4 DISEÑO

HAY DIFERENCIAS EN LA PREPARACIÓN PARA UN DIENTE ANTERIOR O PARA UN DIENTE POSTERIOR Y CADA UNA DE ELLAS SE PUEDE CONSIDERAR AISLADAMENTE.

3.5 PREPARACIONES EN DIENTES ANTERIORES.

HAY QUE RETIRAR TEJIDOS EN TODAS LAS SUPERFICIES AXIALES DE LA CORONA CLÍNICA. LA PREPARACIÓN ES SIMILAR A LA - QUE SE REALIZA EN LA CORONA COMPLETA COLADA, AÑADIENDO - EL SUFICIENTE ESPACIO PARA EL MATERIAL DE LA CARILLA Y COLOCAR EL MARGEN CERVICAL VESTIBULAR DE MANERA QUE SE PUEDA OCULTAR EL METAL. HAY QUE DESGASTAR MÁS TEJIDO EN EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR QUE EN LA LINGUAL PARA DEJAR ESPACIO SUFICIENTE PARA LA CARILLA.

EN LA SUPERFICIE LINGUAL SE DESGASTA UNA CANTIDAD DE -- TEJIDO SUFICIENTE PARA ALOJAR UNA CAPA DELGADA DE METAL Y CASI NUNCA SE TIENE QUE PENETRAR EN EL ESMALTE DURANTE LA PREPARACIÓN.

EN EL BORDE CERVICAL DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR SE TALLA UN HOMBRO QUE SE CONTINÚA A LO LARGO DE LAS SUPERFICIES PROXIMALES, DONDE SE VA REDUCIENDO GRADUALMENTE EN - -

ANCHURA PARA QUE SE UNA CON EL TERMINADO SIN HOMBRO, O EN BISEL, DEL BORDE CERVICAL LINGUAL.

EL ÁNGULO CAVOSUPERFICIAL DE ESCALÓN VESTIBULAR SE BISELA PARA FACILITAR LA ADAPTACIÓN DEL MARGEN DEL METAL DE LA CORONA.

EL BORDE INCISAL DEL DIENTE SE TALLA EN UNA CANTIDAD - EQUIVALENTE A UNA QUINTA PARTE DE LA LONGITUD DE LA CORONA CLÍNICA MEDIDA DESDE EL BORDE INCISAL HASTA EL MARGEN GINGIVAL.

EL BORDE INCISAL DE LA PREPARACIÓN SE TERMINA DE MANERA QUE PUEDA RECIBIR LAS FUERZAS INCISALES EN ÁNGULOS RECTOS. EN LOS INCISIVOS SUPERIORES, EL BORDE INCISAL MIRA HACIA LAS PARTES LINGUAL E INCISAL. EN LOS INCISIVOS - INFERIORES, EL BORDE INCISAL MIRA HACIA LAS PARTES VESTIBULAR E INCISAL.

SE TALLA LA SUPERFICIE VESTIBULAR HASTA FORMAR UN HOMBRO EN EL MARGEN CERVICAL, DE UNA ANCHURA MÍNIMA DE 1 MM. - CUANTO MÁS ANCHO SEA EL HOMBRO MÁS FÁCIL SERÁ LA CONSTRUCCIÓN DE LA CORONA, PORQUE SE DISPONDRÁ DE MAYOR ESPACIO PARA LA CARILLA.

3.6 PREPARACIONES EN DIENTES POSTERIORES.

LA PREPARACIÓN PARA CORONAS VENNEN EN LOS MOLARES Y BICÚPIDES ES BÁSICAMENTE IGUAL A LA PREPARACIÓN PARA

COMPLETAS COLADAS, CON EL AÑADIDO DE UN HOMBRO EN LA CARA VESTIBULAR, QUE SE EXTIENDE HASTA LAS SUPERFICIES PROXIMALES DEL DIENTE.

EL HOMBRO ES SIMILAR AL QUE SE CONFECCIONA EN EL TIPO CON HOMBRO DE CORONAS COMPLETAS Y AL DE LAS PREPARACIONES PARA CORONAS VENEER EN DIENTES ANTERIORES.

VI.4 CORONA TELESCOPICA

ES UNA MODIFICACIÓN DE LA CORONA TOTAL, CONSISTE EN ADAPTAR UNA SUBESTRUCTURA DE RECUBRIMIENTO TOTAL (COLADO PRIMARIO O COFIA) A UN DIENTE PREPARADO PARA ELLO, PARA DESPUÉS AGREGARLE UNA SUPRAESTRUCTURA (COLADO SECUNDARIO Y PARTE INTEGRAL DE LA PRÓTESIS FIJA).

LOS OBJETIVOS DE COLOCAR COFIAS EN PRÓTESIS FIJA SON: PROTEGER EL DIENTE PREPARADO, PROCURAR UN AMBIENTE APTO PARA LA SALUD GINGIVAL Y LOGRAR EL PARALELISMO PARA ASENTAR LA PRÓTESIS FIJA.

4.1 INDICACIONES.

- 1.- MEJORAR EL PARALELISMO DE DIENTES MUY VOLADOS QUE SERVIRAN COMO PILARES.

- 2.- AUMENTA LA RETENCIÓN EN DIENTES CON CORONAS CLÍNICAS CORTAS PARA RESTAURACIONES INDIVIDUALES.
- 3.- PARALIZAR VARIOS PILARES PARA RESTAURACIONES FIJAS CON EL TALLO DENTARIO MÁS CONSERVADOR.
- 4.- PERMITE LA EVALUACIÓN DE LOS TEJIDOS DE SOSTÉN - MEDIANTE LA REMOCIÓN PERIÓDICA DE LOS COLADOS SECUNDARIOS.
- 5.- FACILITA LA TERAPÉUTICA ENDODÓNTICA DEMORADA SIN - DAÑO PARA LOS COLADOS SECUNDARIOS.
- 6.- OBTENER RETENCIÓN ADICIONAL POR MEDIO DE RIELERAS - INTERNAS EN DIENTES DESTRUIDOS.

4.2 DISEÑO.

CONSISTE EN HACER UN DESGASTE OCLUSAL O INCISAL ADECUADO PARA ACOMODAR EL DOBLE COLADO. SE REALIZA UN ESPACIO PROXIMAL EXAGERADO PARA ACOMODAR LOS METALES Y MANTENER UNA TRONERA INTERPROXIMAL ADECUADA.

LAS CONDICIONES ESTÉTICAS EN LA ZONA ANTERIOR, DEBEN DAR LUGAR A CARILLAS EN LA PRÓTESIS FIJA.

VI.5 CORONA CON NUCLEO DE AMALGAMA

ESTA PREPARACIÓN SE UTILIZA EN DIENTES SEVERAMENTE DESTRUIDOS POR CARIES, DESVITALIZADOS O BIEN TRATADOS ANTERIORMENTE.

5.1 DISEÑO

SE RETIRA LA AMALGAMA O CURACIÓN EXISTENTE DE LA CAVIDAD ELIMINÁNDOSE EL TEJIDO CARIOSO Y TODO EL ESMALTE DÉBIL DE LAS CÚSPIDES Y PAREDES.

SE PREPARAN DOS ORIFICIOS O MÁS, SEGÚN EL CASO, CON UNA FRESA DE BOLA DE 0.5 MM MAYOR QUE EL ALAMBRE, PARA QUE QUEDE ESPACIO PARA EL CEMENTO.

LOS AGUJEROS SE HACEN CON UNA PEQUEÑA ANGULACIÓN ENTRE SÍ PARA AUMENTAR LA RETENCIÓN. LA PARTE DEL PERNO QUE SOBRESALE SE PUEDE DOBLAR EN ÁNGULO PARA EVITAR QUE QUEDE POR FUERA DE LA AMALGAMA CUANDO SE TALLE EL MUÑÓN. LOS PERNOS SE CEMENTAN INTRODUCIENDO EL CEMENTO CON AYUDA DE UN LÉNTULO EN ESPIRAL.

LA POSICIÓN DE LOS ORIFICIOS DEBEN SER LO MÁS ALEJADO DE LA CÁMARA PULPAR.

SE ADAPTA UNA BANDA DE COBRE BIEN AJUSTADA AL DIENTE Y RECORTADA PARA QUE PUEDA OCLUIR, SE AGREGAN LAS BASES DE CEMENTO NECESARIAS PARA EL AISLAMIENTO TÉRMICO.

LA AMALGAMA SE CONDENSA DENTRO DE LA BANDA, SIN RETIRARLA HASTA 24 HORAS DESPUÉS, SE RECORTA LA BANDA Y SE REALIZA EL TALLADO PARA CORONA COMPLETA, SIGUIENDO EL DISEÑO ANTES DESCRITO.

VI.6 TERMINACIONES GINGIVALES

UNO DE LOS PASOS MÁS LABORIOSOS QUE FORMAN PARTE DEL TALLADO, ES EL DISEÑO DE LA TERMINACIÓN GINGIVAL, YA QUE ÉSTA DEBE SER PRECISA Y BIEN DEFINIDA, PARA QUE PERMITA HACER CORRECTAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO, COMO SERÍA ENCERADO Y EL COLADO, EL CUAL DEBE QUEDAR AL NIVEL DESEADO.

ESTE TALLADO DEBERÁ CUMPLIR CIERTOS REQUISITOS; COMO SERÍA EL MANTENER UN MAYOR DIÁMETRO DE LA CORONA CLÍNICA, AUSENCIA DE SOCAVADOS Y SIN QUE RESULTE UN DIENTE DEMASIADO EXPULSIVO, PORQUE ESTO LE RESTARÍA PROPIEDADES RETENTIVAS A NUESTRA PREPARACIÓN.

LOS ÁNGULOS AXIALES DEBEN SER REDONDEADOS Y LA TERMINACIÓN CERVICAL PROXIMAL TERMINADA CON PIEDRAS TRONCOCÓNICAS DE EXTREMO REDONDEADO.

LAS PIEDRAS SERÁN DE DIÁMETRO PEQUEÑO COMO PARA UBICARSE EN EL ESPACIO ENTRE EL DIENTE TALLADO Y EL CONTÍGUO Y LARGAS COMO PARA ALCANZAR EL LÍMITE CERVICAL Y AUN SOBREPASAR LA CARA OCLUSAL DEL DIENTE.

EL LÍMITE CERVICAL POR VESTIBULAR Y LINGUAL PUEDE TERMINAR SE CON UNA PIEDRA CILÍNDRICA DE EXTREMO REDONDEADO, O CON PIEDRAS DE DIAMANTE LLAMADAS "AUTOLIMITANTES".

TRATANDO DE CUMPLIR ESTOS REQUISITOS SERA MÍNIMA LA PROBABILIDAD DE FRACASO, YA QUE SE OBTENDRA RESISTENCIA SUFICIENTE PARA Oponerse A LA DEFORMACIÓN DURANTE SU FUNCIÓN, LA SUPERFICIE PODRA SER TOLERADA POR LOS TEJIDOS Y SU ADAPTACIÓN MARGINAL ACEPTABLE.

6.1 TERMINADO CERVICAL SIN HOMBRO.

ES LA TERMINACIÓN MÁS SENCILLA Y LA QUE PERMITE CONSERVAR MÁS TEJIDO DENTARIO. SIN EMBARGO LA PREPARACIÓN SIN HOMBRO TIENE VARIOS INCONVENIENTES. COMO LA SUPERFICIE AXIAL SE UNE CON LA SUPERFICIE DEL DIENTE EN UN ÁNGULO MUY OBTUSO, A VECES RESULTA DIFÍCIL LOCALIZAR LA LÍNEA TERMINAL.

ESTA LOCALIZACIÓN DE LA LÍNEA PUEDE RESULTAR MUY DIFÍCIL, ESPECIALMENTE EN EL MODELO DE TRABAJO, Y ESTO PUEDE OCACIONAR QUE LA RESTAURACIÓN QUEDE MÁS GRANDE O MÁS PEQUEÑA DE LO QUE DEBERÍA SER.

OTRO PROBLEMA SURGE DE LA PEQUEÑA CANTIDAD DE TEJIDO DENTARIO QUE SE TALLA EN LA REGIÓN CERVICAL. A VECES RESULTA DIFÍCIL ENCERAR UN MOLDE EN LA REGIÓN CERVICAL SIN SALIRSE DEL CONTORNO DE LA RESTAURACIÓN.

ESTO OCACIONA UN ABULTAMIENTO EXCESIVO EN LA REGIÓN CERVICAL DEL COLADO QUE PUEDE EJERCER PRESIÓN EN LOS TEJIDOS GINGIVALES CON ISQUEMIA, O EL MARGEN GINGIVAL PUEDE QUEDAR IMPEDIDO PARA RECIBIR LA ESTIMULACIÓN PROVENIENTE DEL FLUJ. SANGUÍNEO Y DEL MASAJE NATURAL.

SIN EMBARGO, SI SE TIENEN PRESENTES ESTOS INCONVENIENTES Y SE PRESENTA CUIDADO EN LA DEFINICIÓN DE LA LÍNEA TERMINAL EN EL DIENTE, ÉSTA SE PODRÁ LOCALIZAR SIN DIFICULTAD EN EL MODELO DE TRABAJO, Y SI SE DESGASTA UNA CANTIDAD ADECUADA DE TEJIDO CERVICAL, SE PODRÁ ENCERAR LA PREPARACIÓN DENTRO DE LOS CONTORNOS DEL DIENTE NATURAL.

EN ALGUNOS CASOS ESTA INDICADA, EN PACIENTES JOVENES Y CUANDO EL ACCESO ES DIFÍCIL. ESTA INDICADA EN LOS CORTES EN REBANADAS, LAS PREPARACIONES CON PERNOS. Y EN LOS BORDES DE LAS CORONAS PARCIALES ESTÉTICAS.

6.2 TERMINADO CERVICAL CON HOMBRO BISELADO.

CON ESTE TERMINADO SE OBTIENE UNA LÍNEA BIEN DEFINIDA Y SE CONSIGUE UN ESPACIO ADECUADO EN LA REGIÓN CERVICAL.

CAL PARA PODER HACER UNA RESTAURACIÓN ACORDE CON LOS -
CONTORNOS DEL DIENTE NATURAL.

POSEE UNA FORMA DISTINTA DEL ^{ÁNGULO} DE LA LÍNEA DE TER-
MINACIÓN. EL MARGEN GINGIVAL SE HACE CON FRESAS O CON
INSTRUMENTOS DE MANO Y CON AMPLIA VISIÓN.

UN HOMBRO REDONDEADO APORTA EL VOLUMEN INTERNO DEL -
METAL PARA RESISTIR LA DISTORSIÓN FUNCIONAL Y EL BISEL
SUMINISTRA UNA ADAPTACIÓN MARGINAL MEJORADA. LA ESTÉ
TICA SE DETERMINA POR LA RESPUESTA DE LOS TEJIDOS DEL
PACIENTE A LA PREPARACIÓN Y RESTAURACIONES TERAPÉUTI-
CAS Y POR SU CONSECUENTE ADAPTACIÓN.

6.3 TERMINADO CERVICAL CON HOMBRO.

LA PREPARACIÓN COM HOMBRO ES LA MENOS CONSERVADORA DE
LOS TERMINADOS CERVICALES, SE LOGRA UN BUEN ACCESO A
LAS ZONAS CERVICALES MESIAL Y DISTAL, LO CUAL FACILITA
EL ACABADO DE LAS ÁREAS CERVICALES DEL MUÑÓN Y LA TOMA
DE IMPRESIÓN. LAS PAREDES AXIALES DEL MUÑÓN SE PUEDEN
HACER CASI PARALELAS, OBTENIENDOSE CON ESTO MAYOR RETEN
CIÓN.

EL TERMINADO CERVICAL EN HOMBRO FACILITA MÁS ESPACIO
EN EL MARGEN CERVICAL PARA LA PREPARACIÓN, TOMA DE -
IMPRESIONES Y OPERACIONES FINALES DE LA RESTAURACIÓN Y,

POR ESTOS MOTIVOS, SE ELIGIRÁ ESTA CLASE DE TERMINACIÓN EN LOS CASOS DONDE LA REGIÓN CERVICAL SE ENCUENTRE UNIDA ÍNTIMAMENTE CON EL DIENTE CONTIGUO.

EL MARGEN GINGIVAL CON HOMBRO SUELE ASOCIARSE A LAS - CORONAS COMPLETAS DE PORCELANA CON BASE DE ORO CERAMICO O METAL NO PRECIOSO. ES UNO DE LOS MÁS ARDUOS DE PREPARAR, DIFÍCIL PARA EL CALCE EXACTO Y EL MENOS CONSERVADOR.

SE DEBE SER MUY CUIDADOSO AL SEGUIR LA CRESTA DEL TEJIDO GINGIVAL PARA BRINDAR UN SOPORTE ADECUADO A LOS - TEJIDOS DESPUÉS DE COLOCAR LA RESTAURACIÓN.

LA TERMINACIÓN GINGIVAL CON HOMBRO ENTERO SE TORNA MÁS IMPORTANTE CUANDO HAY CARGAS CONCENTRADAS EN UN PUNTO, POR EJEMPLO; EN LAS PRÓTESIS DE TRAMO LARGO Y EN GENERAL EN LOS CASOS DE MALOCLUSIÓN.

6.4 TERMINADO CERVICAL EN CHAFLÁN.

ES UNA TERMINACIÓN EN ÁNGULO OBTUSO. UN CHAFLAN ES - UNA LÍNEA DE TERMINACIÓN MARGINAL GINGIVAL DEFINIDA, - CÓNCAVA, EXTRACORONARIA, CON UNA ANGULACIÓN MAYOR QUE DE FILO DE CUCHILLO, PERO UN ANCHO MENOR QUE UN HOMBRO.

LOS MARGENES GINGIVALES DEFINIDOS SUMINISTRAN UN ESPESOR SUFICIENTE DEL METAL COLADO PARA UN SELLADO MARGINAL CORRECTO. LOS MARGENES EN FORMA DE CHAFLÁN BRINDAN

UNA ÁREA MARGINAL CON DISTRIBUCIÓN ÓPTIMA DE LOS ESFUERZOS Y UN SELLADO CONVENIENTE Y SÓLO REQUIEREN UNA REDUCCIÓN DENTARIA UNIFORME MÍNIMA.

VI.7 CORONAS PARCIALES

7.1 INTRACORONALES.

COMO SU NOMBRE LO INDICA, LA CORONA TRES-CUARTOS CUBRE APROXIMADAMENTE TRES CUARTAS PARTES DE LA SUPERFICIE CORONAL DEL DIENTE. ÉSTA CLASE DE CORONA SE USA EN LOS DIENTES ANTERIORES Y POSTERIORES DEL MAXILAR SUPERIOR Y DE LA MANDIBULA.

EN LOS DIENTES ANTERIORES, LA PREPARACIÓN INCLUYE LAS SUPERFICIES INCISAL, LINGUAL, MESIAL Y DISTAL. EN LOS DIENTES POSTERIORES SE CUBREN LAS SUPERFICIES OCLUSAL, LINGUAL, MESIAL Y DISTAL. ÁLGUNAS VECES, CUANDO SE TRATA DE DIENTES POSTERIORES Y, EN ESPECIAL, DE UN MOLAR MANDIBULAR, LA CORONA TRES-CUARTOS SE CONSTRUYE AL CONTRARIO Y SE CUBREN LAS SUPERFICIES OCLUSAL, VESTIBULAR, MESIAL Y DISTAL.

LA RETENCIÓN DE LA CORONA TRES-CUARTOS SE CONSIGUEN POR MEDIO DE SURCOS O CAJAS PROXIMALES QUE SE UNEN, GENERALMENTE, EN LA SUPERFICIE OCLUSAL O INCISAL.

7.1.1 INDICACIONES.

LA CORONA TRES CUARTOS SE UTILIZA COMO RESTAURACIÓN DE DIENTES INDIVIDUALES O COMO RETENEDOR DE PUENTE. EN LA RESTAURACIÓN DE UN SÓLO DIENTE, LA CORONA TRES-CUARTOS ESTÁ INDICADA CUANDO LA CARIES AFECTA LAS SUPERFICIES PROXIMALES Y LINGUAL, YA SEA DIRECTAMENTE O POR EXPANSIÓN, Y LA CARA VESTIBULAR ESTÁ INTACTA Y EN BUENAS CONDICIONES ESTÉTICAS.

ESTA RESTAURACIÓN OFRECE MÁXIMA Y MUY BUENA PROTECCIÓN AL RESTO DEL DIENTE Y PRESERVA LA ESTÉTICA NORMAL DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR. SE ELIMINA DICHA SUPERFICIE O SUSTANCIA DENTARIA Y SE DESCUBRE MENOS DENTINA QUE SI SE TALLARA UNA CORONA COMPLETA.

LAS INDICACIONES DE LA CORONA TRES-CUARTOS COMO RETENEDOR DE PUENTE DIFIEREN UN POCO DE SUS APLICACIONES COMO RESTAURACIÓN SIMPLE. CUANDO SE PREPARA EN DIENTES LIBRES DE CARIES O DE OBTURACIONES, SE OBTIENE UNA RESTAURACIÓN ADECUADA CON UN MÍNIMO DE TALLADO DE MATERIAL DENTARIO Y, EN MUCHOS CASOS, QUEDA EXPUESTA MUY POCAS CANTIDAD DE DENTINA.

LA RELACIÓN FUNCIONAL NORMAL DEL DIENTE CON EL TEJIDO GINGIVAL EN LA CARA VESTIBULAR NO SE AFECTA. CUANDO LA ENFERMEDAD PERIODONTAL TRAE COMO SECUELA LA PÉRDIDA DE TEJIDO DENTARIO DE SOPORTE Y EL AUMENTO DEL TAMAÑO DE LAS CORONAS CLÍNICAS DE LOS DIENTES, LA CORONA TRES-CUARTOS ESTÁ PARTICULARMENTE INDICADA.

SE PUEDEN MANTENER LOS MÁRGENES DE LA PREPARACIÓN EN LA CORONA ANATÓMICA, NO SE ALTERA LA ESTÉTICA VESTIBULAR Y SE EVITA LA POSIBLE IRRITACIÓN MARGINAL DEL TEJIDO GINGIVAL POR PARTE DE LA RESTAURACIÓN.

7.1.2 CONTRAINDICACIONES.

LA PREPARACIÓN DE LA CORONA TRES-CUARTOS NO DEBE HACERSE EN DIENTES ANTERIORES CUYAS CORONAS CLÍNICAS SEAN CORTAS; A NO SER QUE SE ASEGURE UNA RETENCIÓN ADICIONAL POR MEDIO DE PINS.

LOS INCISIVOS CON PAREDES CORONALES MUY INCLINADAS SUELEN ESTAR CONTRAINDICADAS; PORQUE, LA PENETRACIÓN PROFUNDA DE LAS RANURAS PROXIMALES EN LA REGIÓN INCISAL, PARA CONSEGUIR DIRECCIÓN DE ENTRADA CONVIENE EN LAS ZONAS CERVICALES DE LA PREPARACIÓN, PUEDE AFECTAR LA PULPA.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DISEÑO.

- 1.- CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS Y CONTORNOS MORFOLÓGICOS DE LA CORONA DEL DIENTE.
- 2.- PRESENCIA DE LESIONES PATOLÓGICAS EN EL DIENTE, HIPOCALCIFICACIÓN HIPOPLASIA, FRACTURAS O CARIES.
- 3.- PRESENCIA DE OBTURACIONES.
- 4.- RELACIÓN FUNCIONAL DEL DIENTE CON SUS ANTAGONISTAS.
- 5.- RELACIÓN DEL DIENTE CON LOS DIENTES CONTIGUOS Y NATURALEZA Y EXTENSIÓN DE LAS ZONAS DE CONTACTO.
- 6.- LÍNEA DE ENTRADA DE LA RESTAURACIÓN DE ACUERDO CON LOS DEMÁS PILARES DEL PUENTE.

7.2 CORONA TRES-CUARTOS ANTERIOR.

PUEDE UTILIZARSE EN CUALQUIERA DE LOS DIENTES ANTERIORES, POR SUS DIFERENCIAS MORFOLÓGICAS DE LAS CORONAS, LA PREPARACIÓN EN UN CANINO SUPERIOR VARÍA UN POCO DE LA DE UN INCISIVO SUPERIOR Y, DE LA MISMA MANERA, LA DE UN INCISIVO SUPERIOR DIFIERE DE LA PREPARACIÓN EN UN INCISIVO INFERIOR EN ALGUNOS DETALLES.

LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES, DEPENDIENDO DE SU OBJETIVO, DEBERÁN DISEÑARSE EN UN MODELO DE ESTUDIO Y POR MEDIO DE LÍNEAS TRANSPORTARSE AL DIENTE NATURAL.

ANTES DE INICIAR EL TALLADO SE SUGIERE SEPARAR AL DIENTE POR TÉCNICAS INDICADAS PARA NO AFECTAR A LOS DIENTES CONTÍGUOS AL MISMO TIEMPO QUE SE PERMITE EVITAR LA VISUALIZACIÓN DEL METAL. DEBE TERMINARSE CON EXACTITUD LA FORMA DEL CONTORNO DE LA CARA LABIAL Y PROXIMAL. TAMBIÉN, DEBERÁ DETERMINARSE LA LÍNEA TERMINAL PROXIMAL, LA QUE DEBERÁ ENCONTRARSE POR LA CARA LABIAL E INCISAL DEL LADO OPUESTO.

LOS MÁRGENES INTERPROXIMALES SE EXTIENDEN EN DIRECCIÓN VESTIBULAR REBASANDO LA ZONA DE CONTACTO PARA QUE QUEDEN EN ÁREAS INMUNES Y TENGAN FÁCIL ACCESO AL ASEO. EL BORDE GINGIVAL SE UBICA ALGO POR DEBAJO DE LA CRESTA DEL TEJIDO GINGIVAL, SIGUIENDO LA CURVATURA; ES DECIR, QUE LOS BORDES CERVICALES DE LA RESTAURACIÓN QUEDEN POR DEBAJO DEL MARGEN CERVICAL Y QUE LA UNIÓN ENTRE LA OBTURACIÓN Y EL DIENTE QUEDE SITUADA EN EL SURCO GINGIVAL.

7.2.1 DISEÑO.

HAY QUE OBTENER TODA LA INFORMACIÓN DEL ESTADO DEL DIENTE EN CUANTO A CARIES O RESTAURACIONES PREVIAS, JUNTO CON LAS RADIOGRAFÍAS PARA VER EL CONTORNO DEL TEJIDO PULPAR.

CUANDO HAY QUE COLOCAR UNA PIEZA INTERMEDIA CONTIGUA A LA PREPARACIÓN, ES NECESARIO TENER LA FACETA ADAPTADA PARA LLENAR EL ESPACIO PARA ESTABLECER LA POSICIÓN DEL MARGEN PROXIMAL DE LA PREPARACIÓN CONTIGUA A LA PIEZA INTERMEDIA.

SE INICIA EL DESGASTE CON UNA PIEZA TRONCOCÓNICA EN LAS ZONAS PROXIMALES, DESGASTANDO DE LINGUAL HACIA LABIAL; ELIMINANDO EL ÁREA DE CONTACTO, DESPUÉS SE CONTINUA CON UN DIAMANTADO DE PUNTA REDONDA QUE COMPLETA LA REDUCCIÓN AXIAL AL MISMO TIEMPO QUE FORMA LA LÍNEA TERMINAL EN CHAFLÁN CURVO.

EN EL BORDE INCISAL SE PREPARA UN BISEL CON UNA DIRECCIÓN DE MESIAL A DISTAL PARA UNIR LAS ZONAS PROXIMALES. SE TRATARÁ QUE EL MARGEN LABIAL DE ESTE BISEL SE UBIQUE DE MANERA QUE EL METAL NO SEA VISIBLE, DESDE LABIAL A TRAVÉS DEL ESMALTE. ESTE BISEL DEBERÁ TENER UNA ANGULACIÓN LABIO-LINGUAL DE 45 GRADOS, RESPECTO AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE.

EL PROPOSITO DEL PLANO INCLINADO ES BRINDAR A LA PORCIÓN INCISAL DEL DIENTE UN VOLUMEN ADECUADO, DE 1 MM APROXIMADO DE ESPESOR. ESTE CORTE SE REALIZA CON FRESAS DE CONO INVERTIDO O RUEDAS DE DIAMANTE.

EL DESGASTE DE LA CARA LINGUAL SE HACE EN DOS ETAPAS: LA PRIMERA COMPRENDE EL DESGASTE DEL ESMALTE DE LA CARA LINGUAL EN UNA PROFUNDIDAD MÍNIMA DE 0.5 MM, EL CUAL VA DESDE LA CRESTA DEL ÁNGULO AL MARGEN LINGUAL DEL PLANO INCISAL,

LA PREPARACIÓN DE LA CARA LINGUAL PUEDE EFECTUARSE CON PIEDRAS DE DIAMANTE EN FORMA DE BARRIL O DE RUEDA. LA SEGUNDA ETAPA DE LA PREPARACIÓN SE REALIZA CON PIEDRAS O FRESAS DE DIAMANTE CILÍNDRICAS O TRONCOCÓNICAS, SIENDO ÉSTA PARALELA A LOS SURCOS PROXIMALES PARA PRODUCIR OTRO PLANO RETENTIVO.

DESPUÉS DEL DESGASTE DE LA CARA LINGUAL SE REALIZA EL SURCO INCISAL, ESTE SE FORMA EN DOS PLANOS MUY DEFINIDOS, UNO LABIAL Y OTRO LINGUAL, QUE SE ENCUENTRA EN ÁNGULO RECTO O LIGERAMENTE AGUDO.

EL FONDO DEL SURCO SE ENCUENTRA EN DENTINA, JUSTO HACIA LINGUAL DE LA LÁMINA LABIAL DEL ESMALTE. LA PARED LABIAL DEL SURCO INCISAL, TENDRÁ DOS VECES LA LONGITUD DE LA LINGUAL. EN LOS INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES, EL SURCO INCISAL SE EXTIENDE DE MESIAL A DISTAL EN UNA LÍNEA CONTÍNUA. EN EL CANINO, LOS SURCOS SE ELEVAN DESDE MESIAL Y DISTAL UNIÉNDOSE EN LA CÚSPIDE.

AL INICIAR LA RIELERA INCISAL, SE COLOCA UNA FRESA O UNA PIEDRA DE DIAMANTE DE CONO INVERTIDO PEQUEÑA EN EL CENTRO DEL PLANO INCISAL, EN TAL POSICIÓN QUE LA BASE DEL CONO DE LA PIEDRA O FRESA MIRE HACIA LINGUAL Y SUS LADOS LO HAGAN HACIA LA LAMINA LABIAL DEL ESMALTE.

LOS SURCOS PROXIMALES PROPORCIONAN LA RETENCIÓN PRINCIPAL DE LA RESTAURACIÓN, POR TAL MOTIVO ES IMPRESCINDIBLE QUE ESTÉN BIEN PREPARADOS Y QUE SE UBICUEN EN FORMA CORRECTA, ES DECIR, PARALELOS AL EJE DE LA PREPARACIÓN, DEBIDO A QUE LA VÍA DE INSERCIÓN DE ÉSTA RESTAURACIÓN ES DESDE EL ÁREA GINGIVAL DEL DIENTE EN DIRECCIÓN INCISAL.

LOS SURCOS PROXIMALES SE PREPARAN CON UNA FRESA DE DIAMANTE TRONCOCÓNICA FINA, UBICÁNDOLA A LA MITAD DE LA SUPERFICIE Y PENETRANDO EN LA ESTRUCTURA DENTARIA EN TODO SU DIÁMETRO, ACENTUÁNDO LA FORMA TRIANGULAR.

LA TERMINACIÓN GINGIVAL DE LA PREPARACIÓN SE REALIZA CON UN ACABADO SIN HOMBRO, O CON UN ACABADO EN BISEL. EXCEPCIONALMENTE, SE PUEDE UTILIZAR EL ACABADO CON HOMBRO O ESCALÓN, CUANDO SE NECESITA UN MAYOR VOLUMEN DE LA RESTAURACIÓN, O CUANDO LAS OBTURACIONES PREVIAS OBLIGAN A MODIFICAR LA PREPARACIÓN.

7.3 PREPARACIÓN TRES-CUARTOS POSTERIOR.

EN LOS DIENTES POSTERIORES SE USAN DOS CLASES PRINCIPALES DE CORONAS TRES-CUARTOS, TANTO PARA LOS SUPERIORES COMO PARA LOS INFERIORES. UNA DE ELLAS ES LA PREPARACIÓN EN CAJA, QUE BÁSICAMENTE ES UNA PREPARACIÓN PARA LA INCRUSTACIÓN MOD, CON LAS SUPERFICIES LINGUAL Y -- OCLUSAL TALLADAS E INCLUIDAS EN LA PREPARACIÓN.

ESTE TIPO SE USA EN SITIOS DONDE HAY UNA RESTAURACIÓN INTRACORONAL O CARIES EN EL DIENTE QUE SE VA A TALLAR O CUANDO SE REQUIERE UNA RESTAURACIÓN DE MÁXIMA RESISTENCIA.

LA OTRA CLASE ES LA PREPARACIÓN EN RANURA QUE ES MÁS - CONSERVADORA Y NO ENTRA EN EL INTERIOR DE LA CORONA DEL DIENTE TAN EXTENSAMENTE COMO EL TIPO DE CAJA.

LA CORONA TRES-CUARTOS EN RANURA SE APLICA EN DIENTES SIN OBTURACIONES NI LESIONES DE CARIES PREVIAS.

7.3.1 PREPARACIÓN EN FORMA DE CAJA.

LAS CAJAS MESIAL Y DISTAL SE TALLAN PARA RETIRAR LA CARIES O LAS OBTURACIONES QUE PUEDAN -- HABER. SE ENSANCHAN HACIA LA CARA OCLUSAL PARA FACILITAR LA TOMA DE IMPRESIONES Y SE UNEN A TRÁVÉS DE LA CARA OCLUSAL MEDIANTE UNA CAJA OCLUSAL.

LAS PAREDES PROXIMALES VESTIBULARES SE PUEDEN TALLAR DÁNDOLES UN ACABADO EN TAJADA O EN FORMA DE CAJA SIMILAR A UNA CAVIDAD PARA INCRUSTACIONES DIRECTAS. LA LLAVE GUÍA OCLUSAL UNE LAS DOS CAJAS PROXIMALES Y SE TALLA SOLAMENTE EN LA DENTINA O EN LA PROFUNDIDAD QUE SEA NECESARIA, PARA ELIMINAR LA CARIES.

LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LAS CÚPIDES VESTIBULARES Y LINGUALES SE REDUCEN DE MANERA HOMOGÉNEA, RETIRANDO MÁS O MENOS 1 MM DE SUSTANCIA DENTARIA.

LA EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN OCLUSAL PUEDE VARIAR DESDE LA PROTECCIÓN MÁXIMA A LA PROTECCIÓN MÍNIMA DE ACUERDO CON EL ESTADO DEL DIENTE, LAS RELACIONES OCLUSALES Y LA ESTÉTICA DEL CASO.

LOS MÁRGENES DONDE LAS CAJAS PROXIMALES SE CONTIENEN CON LOS TAJOS, SE BISELAN O SE REDONDEAN; LA MISMA TERMINACIÓN SE HACE EN EL SITIO DONDE LA LLAVE OCLUSAL SE CONFUNDE CON LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LA PREPARACIÓN. LAS PAREDES CERVICALES TAMBIÉN SE BISELAN.

7.3.2 DISEÑO.

ANTES DE EMPEZAR LA PREPARACIÓN, HAY QUE ESTABLECER LA POSICIÓN DE TODOS LOS MÁRGENES, ESTOS SE

DETERMINAN DE ACUERDO CON LAS ÁREAS INMUNES Y -
 CON LOS REQUISITOS ESTÉTICOS. AL PRINCIPIO DEL
 TALLADO HAY QUE MANTENER UNA ACTITUD CONSERVADO
 RA EN LO QUE RESPECTA A LA EXTENSIÓN.

SE DESGASTAN LAS PAREDES AXIALES CON UNA PUNTA
 DE DIAMANTE CILÍNDRICA DE PAREDES INCLINADAS. -
 EN PRIMER TÉRMINO, SE TALLA LA SUPERFICIE LINGUAL
 DE FÁCIL ACCESO, PARA RETIRAR TODOS LOS REBORDES
 AXIALES, ESTABLECER UNA INCLINACIÓN CONVENIENTE
 ACORDE CON LA DIRECCIÓN DE ENTRADA DE LA RESTAU
 RACIÓN Y DEL PUENTE Y PERMITIR QUE SE PUEDA COLO
 CAR, EN LA RESTAURACIÓN, 1 MM DE METAL EN EL -
 TERCIO OCLUSAL.

A CONTINUACIÓN SE HACE LO MISMO CON LA SUPERFI
 CIE PROXIMAL LIBRE.

CON LA MISMA PUNTA DEL DIAMANTE SE DESGASTA LA -
 SUPERFICIE OCLUSAL DEL DIENTE. EL ESMALTE SE -
 REDUCE HOMOGÉNEAMENTE EN TODA LA SUPERFICIE OCLU
 SAL EN CANTIDAD SUFICIENTE PARA PERMITIR 1 MM DE
 METAL EN LA RESTAURACIÓN.

ESTE GRADO DE ESPACIO LIBRE, CON LOS DIENTES -
 ANTAGONISTAS SE DEBE ESTABLECER EN RELACIÓN CÉN
 TRICA Y EN EXCURSIONES FUNCIONALES LATERALES. -

ATACANDO DESDE LA PARTE LINGUAL SE DESGASTA LA CÚSPIDE LINGUAL, SE TALLA LA CÚSPIDE VESTIBULAR HASTA LA LÍNEA TERMINAL VESTIBULAR.

SE TALLA LA SUPERFICIE AXIAL RESTANTE QUE ES LA QUE ESTÁ EN CONTACTO CON EL DIENTE CONTIGUO. - LA SUPERFICIE PROXIMAL SE DESGASTA DESDE LA CARA LINGUAL. SE CONSERVA UNA CAPA FINA DE ESMALTE ENTRE LA PUNTA DE DIAMANTE Y EL DIENTE CONTIGUO PARA PROTEGER LA ZONA DE CONTACTO. EL TALLADO SE CONTINÚA HASTA LA LÍNEA TERMINAL VESTIBULAR.

SE TALLAN LAS CAJAS PROXIMALES PARA ELIMINAR - CARIES O RESTAURACIONES PREVIAS. LAS CAJAS SE TALLAN CON FRESAS DE CARBURO DE LOS NÚMEROS: - 169 AL 171 L, DE ACUERDO CON EL GRADO DE ACCESO.

SE CORTA LA LLAVE OCLUSAL PARA UNIR LAS DOS -- CAJAS A TRAVÉS DE LA SUPERFICIE OCLUSAL DEL DIENTE, SE PENETRA LA FRESA HASTA LA DENTINA; A NO SER QUE HAYA QUE PROFUNDIZAR MÁ S POR CARIES U - OBTURACIONES PREVIAS.

AL FINAL SE ASEGURAN TODOS LOS MÁRGENES TERMINALES, CUALQUIER REBORDE O EXCESO SE ELIMINA DE LA CAVIDAD, Y SE ALISAN LAS PAREDE INTERNAS PARA - FACILITAR LA TOMA DE LA IMPRESIÓN.

LAS PAREDES INTERNAS DE LAS CAJAS Y LA LLAVE - OCLUSAL SE TERMINAN CON UNA FRESA DE FISURA DE CORTE PLANO. LA LÍNEA TERMINAL, EN SUS ASPECTOS PROXIMALES Y LINGUAL, SE ALISAN CON UN FRESA DE PULIR FUSIFORME.

7.3.3 PREPARACIONES EN FORMA DE SURCO.

EL TIPO DE SURCO ES BÁSICAMENTE IGUAL AL TIPO DE CAJA, EXCEPTO EN LAS CAJAS PROXIMALES SE SUSTITUYEN POR SURCOS QUE NO SACRIFICAN TANTA SUSTANCIA DENTARIA. LOS SURCOS PROXIMALES SE CONECTAN POR LA CARA OCLUSAL POR OTRO SURCO QUE PUEDA PENETRAR O NO EN LA DENTINA.

7.3.4 DISEÑO.

LOS PASOS PARA LA PREPARACIÓN EN FORMA DE SURCO ES SIMILAR A LOS DEL TIPO DE CAJA, SE DETERMINA LA POSICIÓN DE TODOS LOS MÁRGENES, LOS CUALES SE SITUAN DE ACUERDO CON LAS ZONAS INMUNES Y CON LA ESTÉTICA.

SE TALLAN LAS PAREDES AXIALES CON UNA PUNTA DE - DIAMANTE CILÍNDRICA DE BORDES INCLINADOS. PRIME RO, SE TALLA LA PARTE DE LA SUPERFICIE LINGUAL DE MÁS FÁCIL ACCESO PARA ELIMINAR TODOS LOS -- REBORDES AXIALES, SE ESTABLECE UNA INCLINACIÓN

Y UNA DIRECCIÓN DE ENTRADA ADECUADA, DEJANDO -
ESPACIO PARA 1 MM DE METAL EN EL TERCIO OCLUSAL.
A CONTINUACIÓN SE HACE LO MISMO CON LA SUPERFI-
CIE PROXIMAL LIBRE.

LA SUPERFICIE OCLUSAL DEL DIENTE SE REDUCE CON
LA MISMA PUNTA DE DIAMANTE. EL ESMALTE SE ELIMI-
NA HOMOGÉNEAMENTE POR TODA LA SUPERFICIE OCLUSAL
EN CANTIDAD SUFICIENTE PARA PERMITIR 1 MM DE -
METAL EN LA RESTAURACIÓN. SE TALLA LA CÚSPIDE
LINGUAL APROXIMÁNDOSE DESDE LA PARTE LINGUAL DE
LA ARCADA.

SE TALLA LA SUPERFICIE AXIAL RESTANTE, LA QUE -
ESTÁ EN CONTACTO CON EL DIENTE CONTIGUO, CON UNA
PUNTA DE DIAMANTE PUNTIAGUDA. LA SUPERFICIE -
PROXIMAL SE CORTA DESDE LA CARA LINGUAL.

LOS SURCOS PROXIMALES SE TALLAN CON UNA FRESA -
DEL NÚMERO 170 L LLEGANDO HASTA 0.5 MM DE LA -
LÍNEA TERMINAL CERVICAL. SE PUEDE VARIAR LA -
ANCHURA DE LOS SURCOS MEDIANTE TALLADOS LATERA-
LES CON LA FRESA, FLUCTUANDO EL ANCHO ENTRE -
1 Y 2 MM SEGÚN EL CASO.

SE TALLA UN SURCO A TRAVÉS DE LA SUPERFICIE -
OCLUSAL PARA QUE SIRVA DE UNIÓN ENTRE LOS EXTRE-
MOS OCLUSALES DE LOS DOS SURCOS PROXIMALES.

POR ULTIMO SE TERMINA LA PREPARACIÓN DE LA MISMA MANERA QUE LAS PREPARACIONES DEL TIPO DE CAJA.

VI.8 CLASES DE INCRUSTACIONES EMPLEADAS COMO RETENEDORES DE PUENTES.

LAS INCRUSTACIONES QUE SE USAN COMO RETENEDORES DE PUENTES SON: LA MESO-OCCLUSO-DISTAL (MOD); LA MESO-OCCLUSAL (MO) Y - DISTO-OCCLUSAL (DO) SE UTILIZAN EN LOS MOLARES BICÚSPIDES - SUPERIORES E INFERIORES.

LAS INCRUSTACIONES MO Y DO SE USAN, PRINCIPALMENTE, EN LOS BICÚSPIDES ACOMPAÑADAS DE UN CONECTOR SEMIRRÍGIDO. LAS - INCRUSTACIONES DE CLASE III, MENOS EMPLEADAS EN LA ACTUALIDAD, ESTÁN INDICADAS EN LOS INCISIVOS SUPERIORES JUNTO CON UN CONECTOR SEMIRRÍGIDO.

8.1 INCRUSTACIÓN MESO-OCCLUSO-DISTAL.

ES LA QUE SE UTILIZA CON MÁS FRECUENCIA COMO RETENEDOR DE PUENTES. CUANDO SE EMPLEA COMO RETENEDOR DE PUENTE SE PROTEGEN, GENERALMENTE, LAS CÚSPIDES VESTIBULAR Y - LINGUAL, PARA EVITAR LAS TENSIONES DIFERENCIALES QUE SE PRODUCEN DURANTE LA FUNCIÓN ENTRE LA SUPERFICIE OCCLUSAL DEL DIENTE Y LA RESTAURACIÓN. ESTAS TENSIONES PUEDEN OCACIONAR LA CAÍDA DE LA INCRUSTACIÓN.

SE CONOCEN DOS TIPOS DE DISEÑOS PROXIMALES: EL DISEÑO EN FORMA DE TAJO O REBANADA Y EL DISEÑO EN FORMA DE CAJA. LAS DOS PRESENTAN VENTAJAS Y DESVENTAJAS Y CADA CUAL TIENE SU LUGAR COMO RETENEDOR.

8.2 DISEÑO PROXIMAL EN FORMA DE TAJO.

ES FÁCIL DE PREPARAR Y OFRECE ÁNGULOS CAVOSUPERFICIALES - OBTUSOS QUE FORMAN MÁRGENES FUERTES DE ESMALTE. CON ELLOS, SE ASEGURA UNA EXTENSIÓN CONVENIENTE EN LOS ESPACIOS PROXIMALES PARA LA PREVENCIÓN DE CARIES Y LOS BORDES ESTRECHOS DEL RETENEDOR SON FÁCILES DE ADAPTAR A LA SUPERFICIE DEL DIENTE, CUANDO SE TERMINA LA RESTAURACIÓN.

8.3 DISEÑO PROXIMAL EN FORMA DE CAJA.

ES SIMILAR AL QUE SE EMPLEA EN LAS CAVIDADES PARA INCRUSTACIÓN CON LA TÉCNICA DIRECTA. EL DISEÑO PROXIMAL EN FORMA DE CAJA PROPORCIONA, AL OPERADOR, UN CONTROL COMPLETO DE LA EXTENSIÓN EN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS VESTIBULAR Y LINGUAL.

COLOCANDO CON CUIDADO LA UNIÓN VESTIBULAR, SE PUEDE CONSEGUIR UN MÍNIMO DE EXPOSICIÓN DE METAL A LA VISTA, GUARDANDO SIEMPRE LAS EXIGENCIAS DE LA EXTENSIÓN PARA LA FUTURA PREVENSIÓN DE CARIES.

HAY QUE TENER MUCHO CUIDADO EN EL ACABADO DE LOS MÁRGENES DE ESMALTE, EN LA REGIÓN DE LA CAJA, PARA ASEGURAR QUE QUEDEN BIEN ORIENTADOS EN LA MISMA DIRECCIÓN DE LOS BASTONCILLOS DE ESMALTE Y QUE LOS QUE FORMAN EL ÁNGULO CAVOSUPERFICIAL QUEDEN INTACTOS EN SU LONGITUD Y QUE DESCANSEN EN DENTINA SANA.

8.3.1 PROTECCIÓN OCLUSAL.

CUBRIENDO LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LOS PILARES SE PREVIENE EL DESARROLLO DE TENSIONES DIFERENCIALES, ENTRE EL RETENEDOR Y EL DIENTE, QUE PUEDEN DESPLAZAR EL RETENEDOR. ADEMÁS, SE FACILITA LA MODIFICACIÓN DE LA SUPERFICIE OCLUSAL DEL DIENTE DE ANCLAJE, SI FUERA NECESARIO, PARA CORREGIR IRREGULARIDAD EN EL PLANO OCLUSAL.

ESTA PROTECCIÓN SE CONSIGUE REDUCIENDO LA CARA OCLUSAL PENSANDO EN EL GROSOR DE METAL, ESTE ASPECTO VARÍA SEGÚN EL CASO.

EL DESGASTE CUSPÍDEO GENERALMENTE ES EN FORMA DE BISEL, DEJANDO UN POCO MÁS DE TEJIDO POR VESTIBULAR POR RAZONES DE ESTÉTICA. SI LA ESTÉTICA ES EL OBJETIVO, EL CORTE DE BISEL INVERTIDO ES EL INDICADO, PUÉS EXPONE MENOR CANTIDAD DE METAL, AL MISMO TIEMPO QUE PROTEGE ADICIONALMENTE LA UNIÓN CON EL ESMALTE.

OTRO TIPO DE TERMINADO, AUNQUE ES ANTIESTÉTICO, POR EL DESGASTE MAYOR DEL TEJIDO, ES EL HOMBRO CON BISEL. LA CANTIDAD EXACTA DE TEJIDO QUE SE TIENE QUE ELIMINAR Y EL ESPESOR DE METAL QUE LO REEMPLAZARÁ VARÍA CONSIDERABLEMENTE SEGÚN EL CASO. PUEDE ESTIMARSE EN 1 MM, APROXIMADAMENTE.

8.3.2 FACTORES DE RETENCIÓN.

LAS CUALIDADES DE RETENCIÓN DE UNA PREPARACIÓN MOD ESTÁN REGIDAS POR LAS CONDICIONES DE SUS PAREDES AXIALES. ESTO INCLUYE LAS PAREDES AXIALES DE LA LLAVE GUÍA OCLUSAL Y LAS PAREDES AXIALES DE LAS CAJAS Y CORTES PROXIMALES. LAS DOS CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE LAS PAREDES AXIALES QUE INTERVIENEN EN LA RETENCIÓN SON: LA LONGITUD OCLUSOCERVICAL DE LAS PAREDES Y EL GRADO DE INCLINACIÓN DE ESTAS.

CUANTO MÁS LARGAS SON LAS PAREDES AXIALES, MAYOR ES LA RETENCIÓN DE LA PREPARACIÓN, Y CUANTO MENOR SEA EL GRADO DE INCLINACIÓN, TAMBIÉN ES MAYOR LA RETENCIÓN. AMBOS FACTORES ESTÁN LIMITADOS POR LA MORFOLOGÍA Y LA POSICIÓN DEL DIENTE. EN LO QUE RESPECTA A LA INCLINACIÓN, SE REQUIERE UN MÍNIMO DE CINCO GRADOS EN LA DIVERGENCIA DE LAS PAREDES AXIALES HACIA LA SUPERFICIE OCLUSAL; SIN EMBARGO, EN EL CASO DE UN RETENEDOR DE PUENTE, LA RELACIÓN DEL DIENTE CON LOS

OTROS DIENTES PILARES PUEDE REQUERIR UN AUMENTO DE LA INCLINACIÓN DE ALGUNAS PAREDES PARA PERMITIR UNA LÍNEA DE ENTRADA COMPATIBLE CON LA LÍNEA DE ENTRADA GENERAL DEL PUENTE.

8.3.3 RETENCIÓN ADICIONAL.

LA BASE PRINCIPAL DE LOS DISPOSITIVOS DE RETENCIÓN ADICIONAL ES QUE SUSTITUYEN LAS CUALIDADES INCOMPLETAS DE LA LONGITUD AXIAL Y DE LA INCLINACIÓN MÍNIMA NECESARIA.

SON CAVIDADES DENTRO DE UNA CAVIDAD O EL DE COLOCAR PEQUEÑOS PERNOS (PINS) DENTRO DE LA PREPARACIÓN. LOS CANALES PARA LOS PINS SE PUEDEN SITUAR EN LA PARED CERVICAL DE LA ZONA PROXIMAL DE LA PREPARACIÓN.

8.4 INCRUSTACIONES MESO-OCUSALES Y DISTO-OCUSALES.

LAS INCRUSTACIONES DE DOS SUPERFICIES SE APLICAN GENERALMENTE EN LOS BICÚPIDES EN UNIÓN CON UN CONECTOR SEMIRRÍGIDO. SE CONSIDERA QUE LA INCRUSTACIÓN DE CLASE II NO TIENE SUFICIENTE RETENCIÓN COMO ANCLAJE DE PUENTE Y SE USA, JUNTO CON UN CONECTOR SEMIRRÍGIDO, PARA PERMITIR UN LIGERO MOVIMIENTO INDIVIDUAL DEL DIENTE PILAR, DE MANERA QUE ROMPA LA TENSIÓN TRANSMITIDA DESDE LA PIEZA INTERMEDIA.

LA INCRUSTACIÓN DE CLASE II ABARCA MENOS SUSTANCIA DENTARIA QUE LA MOD Y ES DE GRAN AYUDA CUANDO SE QUIERE - EXPONER LA MENOR CANTIDAD POSIBLE DE METAL.

LAS CUALIDADES RETENTIVAS Y LA RETENCIÓN ADICIONAL SON IGUALES A LAS YA DESCRITAS PARA UNA INCRUSTACIÓN MOD.

VI.9 INCRUSTACIONES DE CLASE III

SE UTILIZA, A VECES, EN UN PUENTE ANTERIOR QUE REEMPLACE A UN INCISIVO LATERAL SUPERIOR. ESTA INCRUSTACIÓN NO TIENE SUFICIENTE RETENCIÓN PARA QUE SIRVA COMO RETENEDOR DE PUENTE CON UN CONECTOR FIJO Y, POR LO TANTO, SIEMPRE SE CONSTRUYE UN CONECTOR SEMIRRÍGIDO. EN LOS CASOS EN QUE EL INCISIVO CENTRAL ES MUY ESTRECHO EN SENTIDO VESTIBULO-LINGUAL, Y SE DIFICULTA LA PREPARACIÓN DE UN PINLEDGE O DE UNA CORONA - TRES-CUARTOS, LA INCRUSTACIÓN DE CLASE III OFRECE UNA ALTERNATIVA SATISFACTORIA. SIEMPRE QUE SEA POSIBLE SE DEBE DISEÑAR EL CONECTOR SEMIRRÍGIDO, PARA PERMITIR QUE SE ABRAN LOS CONTACTOS ENTRE EL INCISIVO CENTRAL Y LA PIEZA INTERMEDIA.

SE PUEDE LOGRAR LA RETENCIÓN EN EL CONECTOR SEMIRRÍGIDO SI HAY SITIO EN LA INCRUSTACIÓN PARA TALLAR LA LLAVE DEL CONECTOR EN LA MISMA DIRECCIÓN DE LA LÍNEA DE ENTRADA DEL PUENTE. PARA FACILITAR LA CONSTRUCCIÓN DE UNA LLAVE DE ESTAS CARACTERÍSTICAS, LA INCRUSTACIÓN DE CLASE III DEBE -

TENER UNA LÍNEA DE INSERCIÓN QUE SIGA LO MÁS POSIBLE EL EJE MAYOR DEL DIENTE.

VI.10 RETENEDOR PINLEDGE

SE UTILIZA EN LOS INCISIVOS Y CANINOS SUPERIORES E INFERIORES. EL RETENEDOR PINLEDGE COMBINA, EN FORMA ADECUADA, LA RETENCIÓN CON UNA ESTÉTICA EXCELENTE, PORQUE EL METAL QUEDA FUERA DE 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.

LA PREPARACIÓN SE EXTIENDE HASTA LAS SUPERFICIES PROXIMALES DEL DIENTE PARA SITUAR LOS MÁRGENES EN ÁREAS INMUNES. LA PROTECCIÓN INCISAL VARIA AL CASO EN PARTICULAR.

10.1 CLASIFICACIÓN.

SE USAN DOS VARIACIONES DE LA PREPARACIÓN PINLEDGE:

- 1.- EL PINLEDGE BILATERAL, EN EL CUAL SE CUBREN LAS DOS SUPERFICIES PROXIMALES DEL DIENTE.
- 2.- LA PINLEDGE UNILATERAL, EN LA CUAL SOLAMENTE VA INCLUIDA UNA SUPERFICIE PROXIMAL DEL DIENTE.

10.2 PREPARACIÓN PINLADGE BILATERAL.

ABARCA LA SUPERFICIE LINGUAL DEL DIENTE Y SE EXTIENDE HASTA LAS SUPERFICIES PROXIMALES, EN LAS ZONAS INMUNES. LA SUPERFICIE LINGUAL QUEDA CRUZADA POR DOS CRESTAS: LA CRESTA INCISAL CERCANA AL BORDE INCISAL DEL DIENTE, Y LA CRESTA CERVICAL, SITUADA EN LA REGIÓN DEL CÍNGULO.

SE HACEN TRES EMINENCIAS EN LA SUPERFICIE LINGUAL, UNA A CADA EXTREMO DE LA CRESTA INCISAL Y OTRA EN EL CENTRO DE LA CRESTA CERVICAL.

LAS EMINENCIAS APORTAN MÁS ESPACIO PARA LOS CANALÍCULOS DE RETENCIÓN Y PERMITEN UN MAYOR TAMAÑO A LAS PARTES QUE SE UNEN LOS PINS CON LA RESTAURACIÓN. SE FRESAN TRES CANALES EN EL CENTRO DE CADA UNA DE LAS TRES EMINENCIAS, SE BISELA EL BORDE INCISAL DE LA PREPARACIÓN PARA PROTEGER LA ARISTA DE ESMALTE.

LAS SUPERFICIES PROXIMALES SE CORTAN EN FORMA DE TAJADA Y SE UNEN CON LA SUPERFICIE LINGUAL DEL MUÑÓN. LA REDUCCIÓN DE LA SUPERFICIE LINGUAL ES MÍNIMA Y RARA VEZ PENETRA EN EL ESMALTE; EN MUCHOS CASOS, SÓLO SE CORTA LA DENTINA AL HACER LAS CRESTAS, LAS EMINENCIAS Y LOS CANALES DE RETENCIÓN. LA MAYOR PARTE DE LA RESTAURACIÓN, POR CONSIGUIENTE, ES MUY DELGADA, ALREDEDOR DE 0.3 MM DE ESPESOR.

LA RESISTENCIA DE LA RESTAURACIÓN DEPENDE DEL CUADRÁN GULO DE METAL DE MAYOR ESPESOR, QUE SE EXTIENDE ENTRE LAS CRESTAS Y LOS BORDES MARGINALES.

10.3 PREPARACIÓN PINLADGE UNILATERAL.

ES ESENCIALMENTE IGUAL AL BILATERAL, CON LA DIFERENCIA DE QUE SÓLO ABARCA UNA SUPERFICIE PROXIMAL.

10.4 INDICACIONES.

LOS RETENEDORES PINLADGE SE APLICAN GENERALMENTE, EN LOS INCISIVOS Y CANINOS SUPERIORES E INFERIORES, QUE ESTÁN LIBRES DE CARIES O DE RESTAURACIONES PREVIAS Y EN BOCAS EN QUE LA ACTIVIDAD DE CARIES SEA BAJA. -- SE OBTIENE RELACIÓN MÁXIMA CON UN CORTE MÍNIMO DEL DIENTE Y COMO TODA LA RETENCIÓN ESTÁ LOCALIZADA EN LA SUPERFICIE LINGUAL, SE PUEDE CONTROLAR CON CUIDADO LA CANTIDAD DE EXTENSIÓN EN LAS ÁREAS PROXIMALES, LOGRÁNDOSE UNA ESTÉTICA EXCELENTE.

LA PREPARACIÓN PINLADGE SE PUEDE HACER EN DIENTES CON LESIONES CARIOSAS, O CON OBTURACIONES PREVIAS, SIEMPRE QUE NO SEAN MUY EXTENSAS. EL PODER EVITAR UN CONTACTO INTERPROXIMAL ES MUY VENTAJOSO, CUANDO DICHO CONTACTO ES ANORMAL, COMO RESULTADO DE LA MALA COLOCACIÓN DEL DIENTE CONTIGUO. ESTA CONDICIÓN SE PRESENTA EN DIENTES APIÑONADOS Y CON ROTACIONES.

10.5 DISEÑO.

EL PINLADGE ES UNA PREPARACIÓN DIFÍCIL Y EL ÉXITO -
DEPENDE DE UNA PLANEACIÓN CUIDADOSA DE CADA CASO. --
LOS DISTINTOS FACTORES A CONSIDERAR INCLUYEN LA POSI-
CIÓN DE LOS MÁRGENES CERVICALES, LA POSICIÓN DE LAS
CRESTAS, LA POSICIÓN DE LAS EMINENCIAS Y DE LOS AGUJE
ROS Y EL TIPO DE LÍNEA TERMINAL CERVICAL.

10.5.1 POSICIÓN DE LOS MÁRGENES PROXIMALES.

SE COLOCA SUFICIENTEMENTE HACIA LA CARA VESTI
BULAR PARA QUE QUEDEN EN UNA REGIÓN QUE SE -
PUEDA LIMPIAR CON EL CEPILLO DE DIENTES. CUAN
DO EXISTE UN PUNTO DE CONTACTO CON UN DIENTE
CONTIGUO Y HAY QUE EXTENDER EL PINLADGE HASTA
LA SUPERFICIE PROXIMAL, SE AMPLÍA LA PREPARA-
CIÓN HACIA LA CARA VESTIBULAR PARA ELIMINAR EL
PUNTO DE CONTACTO Y SE CONFECCIONA ÉSTE EN LA
RESTAURACIÓN. CUANDO EL DIENTE CONTIGUO ES -
UNA PIEZA INTERMEDIA DE PUENTE, SE DETERMINA
LA POSICIÓN DEL MARGEN PROXIMAL DEL PINLADGE
EN RELACIÓN CON LA PIEZA INTERMEDIA.

10.5.2 POSICIÓN DE LOS MÁRGENES CERVICALES.

LOS MÁRGENES CERVICALES PROXIMALES Y LINGUAL
SE COLOCAN GENERALMENTE EN EL SURCO GINGIVAL.

CUANDO HAY REABSORCIÓN DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE Y LA CORONA CLÍNICA SE EXTIENDE HASTA EL CEMENTO, LO NORMAL ES SITUAR LOS MÁRGENES CERVICALES EN LA CORONA ANATÓMICA DEL DIENTE Y DECIDIR EL TAMAÑO DE LA EXTENSIÓN CERVICAL SEGÚN LOS REQUISITOS DE LA RETENSIÓN.

EL MARGEN CERVICAL SE HACE HACIA LA PARTE CERVICAL PARA PODER ASEGURAR EL ENGANCHE DE LA RESTAURACIÓN CON EL DIENTE, PERO LOS MÁRGENES NO SE DEBEN DE EXTENDER HASTA EL CEMENTO.

10.5.3 PREPARACIONES DE LAS CRESTAS.

LA CRESTA INCISAL SE EXTIENDE A TRAVÉS DE LA CARA LINGUAL SIGUIENDO EL CONTORNO DEL BORDE INCISAL; SIENDO LO MÁS CERCA DE DICHO BORDE. EL ESPESOR VESTÍBULO-LINGUAL DEPENDERÁ DEL TAMAÑO DEL DIENTE. SE ACONSEJA QUE, DESPUÉS DEL CORTE DEL BORDE INCISAL SE VAYA BAJANDO EN DIRECCIÓN CERVICAL.

LA CRESTA CERVICAL SE TALLA EN LA PORCIÓN MÁS PROMINENTE DEL TUBÉRCULO LINGUAL Y EXTENDIÉNDOSE HASTA UNIRSE CON EL CORTE DEL BORDE MARGINAL DE LAS CRESTAS PROXIMALES.

10.5.4 POSICIÓN DE LAS EMINENCIAS Y DE LOS PINS.

LAS EMINENCIAS SE CONSTRUYEN A CADA EXTREMO DE LA CRESTA INCISAL Y EN LA CRESTA O ESCALÓN CERVICAL. SU POSICIÓN DETERMINA LA POSICIÓN DE LOS PINS Y, ÉSTOS, QUEDAN SUPEDITADOS A LA SITUACIÓN Y TAMAÑO DE LA CÁMARA PULPAR. LOS RECESOS DEL ESCALÓN INCISAL SE DEBEN HACER LO MÁS PROXIMALES POSIBLE Y LOS PINS DEBEN ENTRAR EN LA DENTINA LO MÁS CERCA POSIBLE DE LA UNIÓN AMELODENTINAL.

LA EMINENCIA DEL ESCALÓN CERVICAL PUEDE COLOCARSE EN LA MITAD O A UN LADO. SI EL PIN SIGUE LA DIRECCIÓN DEL EJE MAYOR DEL DIENTE, SE PUEDE HACER LA EMINENCIA EN LA MITAD DEL ESCALÓN O CRESTA CERVICAL.

SI EL PIN SE INCLINA HACIA LA PULPA, ES RECOMENDABLE COLOCAR LA EMINENCIA A UN LADO DE LA CRESTA PARA EVITAR LA PROXIMIDAD DEL PIN CON LA PULPA.

10.5.5 DIRECCIÓN DE LOS PINS.

LA DIRECCIÓN DE LOS PINS CONDICIONA LA LÍNEA DE ENTRADA DE LA RESTAURACIÓN. DESDE LUEGO, TODOS LOS PINS DEBEN SEGUIR LA MISMA DIRECCIÓN

Y ESTA DIRECCIÓN SERÁ COMPATIBLE CON LA LÍNEA DE ENTRADA DE LOS DEMÁS RETENEDORES DEL PUENTE. GENERALMENTE, LA PROFUNDIDAD DE LOS PINS EN LAS PREPARACIONES VARÍA ENTRE 2.5 Y 3 MM.

10.5.6 TERMINACIÓN CERVICAL.

EL TERMINADO CERVICAL DE LA PREPARACIÓN PINLADGE PUEDE SER SIN HOMBROS 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.

10.5.7 MODIFICACIÓN EN EL DISEÑO.

LA PREPARACIÓN PINLADGE COMÚN PUEDE MODIFICARSE PARA ADAPTARSE A UNA GRAN VARIEDAD DE SITUACIONES CLÍNICAS.

EN LOS CASOS EN QUE LA CARIES, O LAS OBTURACIONES, YA EXISTENTES HAN DESTUIDO PARTE DEL TEJIDO NECESARIO PARA HACER UN CANAL, ÉSTE SE PUEDE REEMPLAZAR POR UNA CAJA. COMO ES OBVIO LA LÍNEA DE DIRECCIÓN DE ENTRADA DE LA CAJA DEBE CONCORDAR CON LA DE LOS PINS Y DEBE ESTAR -- ORIENTADA EN DIRECCIÓN INCISAL.

SI SE NECESITA RESTAURACIÓN ADICIONAL PUEDE COLOCARSE, A VECES, UN CANAL CORTO EN LA PARED DE LA CAJA.

LA PARED VESTIBULAR DE LA CAJA DEBE BISELARSE CONVENIENTEMENTE PARA ASEGURAR UN MARGEN DE ESMALTE. LA PARED LINGUAL DE LA CAJA DEBE REDONDEARSE CUANDO SE UNE CON LA CARA LINGUAL DE LA PREPARACIÓN, PARA FACILITAR EL COLADO. LA PARED CERVICAL SE BISELA EN EL BORDE GINGIVAL Y EL BISEL SE CONTINÚA CON LA LÍNEA TERMINAL CERVICAL DE LA PREPARACIÓN.

VI.11 RETENEDORES INTRARRADICULARES

LOS RETENEDORES INTRARRADICULARES SE UTILIZAN EN DIENTES DESVITALIZADOS CUANDO NO ES POSIBLE SALVAR LOS TEJIDOS CORONARIOS.

SE APLICA CASI SIEMPRE, EN DIENTES ANTERIORES Y A VECES EN LOS BICÚSPIDES. LA RETENCIÓN SE OBTIENE POR MEDIO DE UNA ESPIGA QUE SE ALOJA EN EL INTERIOR DEL CONDUCTO RADICULAR, EL CONDUCTO DEBE ESTAR PREVIAMENTE PREPARADO.

VI.12 CORONA COLADA MUÑON Y ESPIGO

LA CORONA CON MUÑON Y ESPIGO SE USA EN INCISIVOS, CANINOS Y BICÚSPIDES SUPERIORES E INFERIORES COMO ANCLAJE DE PUENTE Y COMO RESTAURACIÓN INDIVIDUAL. LA PREPARACIÓN DEL DIENTE - CONSISTE EN ELIMINAR TODO LO QUE QUEDA DE LA CORONA Y LA CONFORMACIÓN DEL CONDUCTO RADICULAR.

CASI SIEMPRE SE LLEVAN LOS MÁRGENES DE LA CARA RADICULAR - POR DEBAJO DE LA ENCÍA EN LOS BORDES VESTIBULAR Y LINGUAL; - AUNQUE EN ESTE ÚLTIMO SE PUEDE DEJAR MÁS CORONAL EN RELACIÓN CON LA ENCÍA, SE DEJA UN HOMBRO ALREDEDOR DEL MUÑON COLADO, DE UNA ANCHURA MÍNIMA DE 1 MM.

EL MARGEN DEL HOMBRO SE TERMINA EN BISEL DE 45 GRADOS SI SE VA A COLOCAR UNA CORONA VANNER Y, SIN BISEL, CUANDO LA RESTAURACIÓN FINAL ES UNA CORONA JACKET DE PORCELANA. SE ALISA EL CONDUCTO RADICULAR DEL DIENTE HASTA CONSEGUIR UN CANAL DE PAREDES INCLINADAS CUYA LONGITUD DEBE SER, POR LO MENOS, IGUAL A LA DE LA CORONA CLÍNICA DEL DIENTE, SE TALLA EL CONDUCTO EN FORMA OVAL PARA PREVENIR LA ROTACIÓN DE LA ESPIGA.

12.1 CONSTRUCCIÓN DEL MUÑON COLADO.

EL MUÑON SE PUEDE HACER DIRECTAMENTE EN LA BOCA O, INDIRECTAMENTE, EN UN TROQUEL SACADO DE UNA IMPRESIÓN. -- SU DISEÑO ES SEMEJANTE A LA DE TODOS LOS DIENTES, CON LA DIFERENCIA EN LA FORMA DEL MUÑON QUE ES DE METAL Y QUE SE AJUSTA A LA ANATOMÍA DE CADA DIENTE.

VI.13 CORONA RICHMOND

LA CORONA RICHMOND A DEJADO DE UTILIZARSE ACTUALMENTE POR EL USO DE LA CORONA CON MUÑON Y ESPIGO, POR DAR MÁS VENTAJAS EN SU FLEXIBILIDAD CON RESPECTO A SU MANTENIMIENTO Y ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS DE LAS CONDICIONES BUCALES.

LAS INDICACIONES Y DISEÑOS SON SIMILARES A LA CORONA -- MUÑON Y ESPIGO, SU DIFERENCIA RADICA EN SU FORMA Y CONFECIÓN.

EN LA CORONA RICHMOND, LA CORONA Y LA ESPIGA VAN UNIDOS - EN UNA SOLA UNIDAD; MIENTRAS QUE EN LA CORONA CON MUÑON Y ESPIGO, PRIMERO SE REALIZA EL ESPIGO Y EL MUÑON Y, POSTERIOR A ESTO, SE COLOCA LA COFIA ESTÉTICA.

13.1 CONSTRUCCIÓN DE LA CORONA RICHMOND.

PARA SU OBTENCIÓN SE USA LA TÉCNICA INDIRECTA DE IMPRESIÓN A BASE DE PUNTAS DE RESINA ACRÍLICA, SILICÓN PESADO Y SILICÓN LIGERO.

DESPUÉS DE TERMINAR LA PREPARACIÓN, SE PRUEBA DENTRO DEL CONDUCTO UNA PUNTA DE RESINA ACRÍLICA, LA CUAL DEBE SER MENOR QUE EL ENSANCHAMIENTO DEL CONDUCTO PARA QUE ENTRE EL MATERIAL.

LA PUNTA DEBERÁ SOBRESALIR DE LA SUPERFICIE DEL CONDUCTO Y TENER UNAS MUESCAS PARA QUE SE ADHIERA AL SILICÓN DE CUERPO LIGERO.

EL OBJETIVO, DE ESTA PUNTA DE RESINA, ES PARA TENER - UNA IMPRESIÓN FIRME DEL CONDUCTO, EVITANDO LA FRACTURA AL DESALOJAR LA IMPRESIÓN. AL TENER LA PUNTA, SE - OBTIENE LA PRIMERA IMPRESIÓN A BASE DE SILICÓN PESADO, TENIENDO CUIDADO DE COLOCAR EN LAS SUPERFICIES DEL - DIENTE PAPEL ESTAÑO, PARA DAR FIN DE ESPACIO AL SILICÓN LIGERO.

DE NUEVO SE PRUEBA CON NUESTRO PORTA-IMPRESIONES, SE - CARGA CON SILICÓN PESADO Y SE IMPRESIONA LA ZONA DE - TRABAJO.

YA POLIMERIZADO, SE RETIRA LA IMPRESIÓN Y SE DESPRENDE EL PAPEL DE ESTAÑO. SE MEZCLA EL SILICÓN LIGERO INTRO DUCIENDOLO EN LA JERINGA PARA DESPUÉS INYECTARLO DENTRO DEL CONDUCTO, SE CARGA TAMBIÉN LA IMPRESIÓN COLOCANDO LA PUNTA DE RESINA DENTRO DEL CONDUCTO Y SE -- VUELVE A REIMPRESIONAR LA ZONA DE TRABAJO.

SE RETIRA Y SE OBSERVAN LOS DETALLES, SE CORRE EN - VELMIX Y SE MANDA AL LABORATORIO. AL PROVAR EL MUÑON COLADO SE CHECA SU OCLUSIÓN Y SUS DIMENSIONES, SE - REGRESA AL LABORATORIO Y SE INDICA EL COLOR DE LA - CARILLA, POSTERIORMENTE SE CEMENTA CON FOSFATO.

VI.14 CONSTRUCCION DEL MUÑON COLADO

ESTE PROCEDIMIENTO PUEDE REALIZARSE EN FORMA DIRECTA, EN BOCA DEL PACIENTE, O INDIRECTA POR MEDIO DE UNA IMPRESIÓN - CON SILICÓN.

EN LA TÉCNICA DIRECTA SE AFILA UN EXTREMO DE UN PEDAZO DE ALAMBRE TRES VECES MAYOR QUE LA LONGITUD DE LA CORONA. A LA SUPERFICIE DEL ALAMBRE SE LE HACEN UNAS MUESCAS PARA RETENER LA CERA CALENTÁNDOLO PREVIAMENTE, SOBRE ESTA SUPERFICIE DE CERA SE DERRITE UNA CAPA DE CERA AZUL, Y CUANDO SE ABLANDE SE COLOCA EL ALAMBRE EN POSICIÓN CON EL DIENTE; EL EXCEDENTE QUEDA EN LA BOCA DEL CONDUCTO, CONDENSÁNDOLO SOBRE LA SUPERFICIE RADICULAR; LA MAYOR PARTE DEL EXCEDENTE SE ELIMINA CON UNA ESPÁTULA DE LECRON TIBIA.

CUANDO LA CERA HA ENDURECIDO EN POSICIÓN DEL DIENTE, SE RETIRA PARA OBSERVAR LA IMPRESIÓN. SI ESTA ES CORRECTA, SE VUELVE A COLOCAR EN POSICIÓN EL ALAMBRE Y LA IMPRESIÓN.

CON UN PEDAZO DEL MISMO ALAMBRE SE PERFORA AXIALMENTE UNA BARRA DE CERA BLANDA, DE UN TAMAÑO SIMILAR AL MUÑON DE -- METAL, DESLIZÁNDOSE HASTA ADAPTARLA A LA CERA RADICULAR.

CON EXCAVADORES PARA MODELAR, SE DA FORMA AL MUÑON. ESTE SE HACE DE MANERA QUE PAREZCA UNA PREPARACIÓN PARA CORONA - VENEER Y SE APLICAN LOS MISMOS PRINCIPIOS. POSTERIORMENTE, EL MUÑON SE RECUBRE Y SE HACE EL COLADO, CUANDO ÉSTE SE HA

OBTENIDO SE PRUEBA EN LA BOCA DANDO LOS AJUSTES NECESARIOS. UNA VEZ HECHO ESTO SE CEMENTA PARA DESPUÉS COLOCAR UN PROVINCIONAL MIENTRAS SE FABRICA LA CORONA VENEER.

C A P Í T U L O VII

CLASIFICACION DE LOS MATERIALES DE IMPRESION Y DIFERENTES TECNICAS DE IMPRESION

UNA IMPRESIÓN ES UNA IMAGEN EN NEGATIVO, SE HACE LLEVANDO A LA BOCA UN MATERIAL BLANDO, SEMIFLUIDO Y ESPERANDO A QUE SE ENDUREZCA. SEGÚN EL MATERIAL EMPLEADO, LA IMPRESIÓN TERMINADA SERÁ RÍGIDA O ELÁSTICA. DE ESTA REPRODUCCIÓN EN NEGATIVO DE LOS DIENTES Y DE LAS ESTRUCTURAS PRÓXIMAS, SE HACE UN POSITIVO, DEL MODELO.

SI LA RESTAURACIÓN SE HACE CON PRECISIÓN, EL MODELO TIENE QUE SER UN DUPLICADO PRÁCTICAMENTE IDÉNTICO AL DIENTE PREPARADO. ESTO EXIGE UNA IMPRESIÓN EXACTA, EXENTA DE DISTORCIONES.

MIENTRAS LA IMPRESIÓN NO SE VACÍE EN ALGÚN DERIVADO DEL YESO DEBE MANEJARSE CON MUCHO CUIDADO. LA TOMA DE IMPRESIONES ES UN CAPÍTULO DE LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA EN QUE SE ABUSA MUCHO DE LOS MATERIALES Y MÁS DE UNA IMPRESIÓN EXACTA HA SUFRIDO DISTORCIONES, POR HABERLA TRATADO INADECUADAMENTE O POR HABER ESPERADO DEMASIADO TIEMPO PARA VACIARLA.

UNA IMPRESIÓN PARA UNA RESTAURACIÓN DEBE CUMPLIR LAS -
SIGUIENTES CONDICIONES:

- 1.- DEBE SER UN DUPLICADO EXACTO DEL DIENTE PREPARADO E
INCLUIR TODA LA PREPARACIÓN Y SUPERFICIE DE DIENTE NO
TALLADA, PARA PERMITIR VER, AL DENTISTA Y AL TÉCNICO,
CON SEGURIDAD LA LOCALIZACIÓN Y CONFIGURACIÓN DE LA -
LÍNEA DE TERMINACIÓN.
- 2.- LOS DIENTES Y TEJIDOS CONTIGUOS AL DIENTE PREPARADO -
DEBEN QUEDAR EXACTAMENTE REPRODUCIDOS, PARA PERMITIR
UNA PRECISA ARTICULACIÓN DEL MODELO Y UN MODELADO -
ADECUADO DE LA RESTAURACIÓN.
- 3.- LA IMPRESIÓN DE LA PREPARACIÓN DEBE ESTAR LIBRE DE -
BURBUJAS, ESPECIALMENTE EN EL ÁREA DE TERMINACIÓN.

VII.1 CONTROL DE LOS TEJIDOS GINGIVALES

ES ESENCIAL QUE ANTES DE EMPEZAR CUALQUIER RESTAURACIÓN,
LA ENCÍA ESTE SANA Y LIBRE DE INFLAMACIÓN. EL INICIAR UNA
PREPARACIÓN DE UNA PIEZA QUE SUFRA UNA GINGIVITIS NO TRATA
DA, HACE EL TRABAJO MÁS DIFÍCIL Y COMPROMETE SERIAMENTE -
LAS POSIBILIDADES DE ÉXITO.

COMO EL AJUSTE MARGINAL DE UNA RESTAURACIÓN ES ESENCIAL -
PARA PREVENIR CARIES RECURRENTES E IRRITACIÓN GINGIVAL, LA
LÍNEA TERMINAL DE LA PREPARACIÓN DEBE QUEDAR REPRODUCIDA EN

LA IMPRESIÓN. ESTO PUEDE SER DIFÍCIL POR LA CIRCUNSTANCIA DE QUE PARTE O TODA LA LÍNEA DE TERMINACIÓN DE UNA PREPARACIÓN ESTÁ JUNTO O DEBAJO DE LA CRESTA DE LA ENCÍA LIBRE.

PARA ASEGURAR LA EXACTA REPRODUCCIÓN DE TODA LA PREPARACIÓN, LA LÍNEA DE TERMINACIÓN GINGIVAL DEBE EXPONERSE TEMPORALMENTE ENSANCHANDO EL SURCO GINGIVAL. NO DEBE HABER FLUÍDO EN ESTE SURCO, PORQUE PRODUCIRÍA BURBUJAS EN LA IMPRESIÓN.

LO ANTERIOR SE PUEDE CONSEGUIR EMPLEANDO CORDÓN DE RETRACCIÓN IMPREGNADO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS. EL CORDÓN EMPUJA FÍSICAMENTE LA ENCÍA SEPARANDOLA DE LA LÍNEA DE TERMINACIÓN Y LA COMBINACIÓN DE PRESIÓN DE ACCIÓN QUÍMICA AYUDA A CONTROLAR EL REZUMADO DE LÍQUIDOS POR LAS PAREDES DEL SURCO GINGIVAL.

LOS MEDICAMENTOS QUE SE EMPLEAN USUALMENTE, PARA IMPREGNAR EL CORDÓN SON LA EPINEFRINA (8%) Y EL ALUMBRE (SULFATO ALUMÍNICO-POTÁSICO). LA EPINEFRINA DA LUGAR A UNA VASOCONTRICCIÓN LOCAL QUE SE TRADUCE EN UNA RETRACCIÓN GINGIVAL TRANSITORIA.

SE HA DEMOSTRADO QUE EL CORDÓN IMPREGNADO DE EPINEFRINA, SÓLO PRODUCE PEQUEÑOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS CUANDO SE PONE EN CONTACTO CON EL SURCO GINGIVAL SANO.

SIN EMBARGO, HAY AUMENTO DE LA FRECUENCIA CARDIÁCA Y AUMENTO DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA CUANDO EL CORDÓN O HILO RETRACTOR SE APLICA A UN SURCO MUY DISLACERADO Y ESTAS RESPUESTAS SE EXAGERAN POR LA APLICACIÓN DE TORUNDAS DE ALGODÓN IMPREGNADAS DE EPINEFRINA. NO SE RECOMIENDA EL USO DE AGENTES HEMOSTÁTICOS LÍQUIDOS QUE CONTENGAN EPINEFRINA. HAY OTROS HEMOSTÁTICOS SIN EPINEFRINA QUE PUEDEN UTILIZARSE CON ESTE PROPÓSITO.

EN PACIENTES CON CONDICIONES MÉDICAS PARTICULARES, TALES COMO CIERTOS TIPOS DE ENFERMEDADES CARDIO-VASCULARES, HIPERTIROIDISMO O CON HIPERSENSIBILIDAD CONOCIDA A LA EPINEFRINA, SE PUEDE EMPLEAR EL ALGODÓN IMPREGNADO EN ALUMBRE.

LA EPINEFRINA NO DEBE USARSE EN PACIENTES QUE TOMAN PREPARADOS DE RAUWOLFIA, BLOQUEADORES GANGLIONARES O MEDICAMENTOS QUE POTENCIEN LA ACCIÓN DE LA EPINEFRINA.

EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PUENTE FIJO SE UTILIZAN DIVERSAS TÉCNICAS DE IMPRESIONES. HAY DIFERENTES TIPOS DE MATERIALES DE IMPRESIÓN SUFICIENTEMENTE PRECISOS PARA LAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LAS RESTAURACIONES EN METAL. LA ELECCIÓN SE BASA EN PREFERENCIAS PERSONALES, EN LA FACILIDAD DE MANIPULACIÓN Y HASTA EN CIERTO PUNTO EN RAZONES ECONÓMICAS.

VII.2 CLASIFICACION DE MATERIALES DE IMPRESION

TENEMOS PRINCIPALMENTE A LOS HIDROCOLOIDES REVERSIBLES, -
HIDROCOLOIDES IRREVERSIBLES Y A LOS ELASTÓMEROS.

2.1 HIDROCOLOIDES REVERSIBLES.

LOS HIDROCOLOIDES, A BASE DE AGAR, SON GELES REVERSI-
BLES DE AGAR QUE SE PUEDEN LICUAR CALENTÁNDOLOS Y --
SOLIDIFICAR ENFRIÁNDOLOS. SE HAN USADO EN ODONTOLO-
GÍA, DESDE 1925 Y SE APLICARON, POR PRIMERA VEZ, EN -
LA TOMA DE IMPRESIONES DE PREPARACIÓN DE DIENTES EN -
1937.

EN LAS TÉCNICAS DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA LOS MATE-
RIALES DE IMPRESIÓN DE HIDROCOLOIDE AGAR SE USAN CON
UN MÉTODO DE JERINGA-CUBETA, EN EL CUAL SE INYECTA LA
PASTA CON UNA JERINGA EN LOS DETALLES DE LA PREPARA-
CIÓN DEL DIENTE Y EN SEGUIDA SE TOMA LA IMPRESIÓN -
CON UNA CUBETA CARGADA DEL MISMO MATERIAL PARA OBTENER
LA REPRODUCCIÓN DEL RESTO DE LA ZONA.

EL MATERIAL SE PREPARA ANTES DE USARLO, CALENTÁNDOLO
MEDIANTE UN PROCESO CONTROLADO Y DEJÁNDOLO A UNA TEM-
PERATURA ADECUADA PARA INTRODUCIRLO EN LA BOCA.

UNA VEZ QUE LA IMPRESIÓN ESTÁ EN POSICIÓN EN LA BOCA, SE ENFRÍA EL MATERIAL MEDIANTE LA CIRCULACIÓN DE AGUA A TRAVÉS DE UNOS TUBOS INCORPORADOS A LA CUBETA HASTA QUE TERMINE LA REACCIÓN Y ENTONCES SE RETIRA DE LA BOCA.

2.1.1 EQUIPO NECESARIO.

ES INDISPENSABLE EL EMPLEO DE UN CALENTADOR Y ACONDICIONADOR DE HIDROCOLOIDE. EL APARATO CONSTA DE TRES COMPARTIMIENTOS CON CONTROLES PARA REGULAR LA TEMPERATURA DE CADA UNO DE ELLOS INDEPENDIENTEMENTE.

UNO DE LOS COMPARTIMIENTOS, SE UTILIZA PARA SUMERGIR EL MATERIAL EN AGUA HIRVIENDO PARA LICUARLO; EL SEGUNDO, SE MANTIENE A 62 GRADOS CENTRÍGRADOS, APROXIMADAMENTE, Y SIRVE PARA ALMACENAR EL MATERIAL HASTA QUE SE NECESITE EMPLEARLO Y, EL TERCERO, SE MANTIENE A 45° Y 47°C Y SE USA PARA TEMPLAR EL MATERIAL ANTES DE INTRODUCIRLO EN LA BOCA.

GENERALMENTE VA INCLUIDO UN INDICADOR DE TIEMPO PARA FACILITAR EL CONTROL DE LA DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

EXISTEN DIVERSAS JERINGAS QUE DIFIEREN SOLO EN DETALLES DE FABRICACIÓN. LA BOQUILLA METÁLICA ES INTERCAMBIABLE Y SE PRESENTAN EN DISTINTOS CALIBRES. ALGUNAS JERINGAS ESTÁN PROVISTAS DE UNA VÁLVULA QUE SE PUEDE ABRIR CUANDO SE ESTÁ CALENTANDO LA JERINGA PARA PERMITIR LA SALIDA DEL AIRE QUE HAYA PODIDO QUEDAR DENTRO. ESTO ES VENTAJOSO, YA QUE DE OTRA MANERA, EL ÉMBOLO DE LA JERINGA SE PODRIA DESPLAZAR DEL TUBO.

ES PREFERIBLE QUE LA SUPERFICIE EXTERIOR DE LA JERINGA NO SEA DE METAL, PARA EVITAR UN ENFRIAMIENTO MUY RÁPIDO DEL AGAR.

EL ODONTÓLOGO TIENE A SU DISPOSICIÓN CUBETAS - COMPLETAS, SUPERIOR E INFERIOR Y, TAMBIÉN, -- CUBETAS SECCIONALES PARA LAS REGIONES POSTERIOR Y ANTERIOR DE LA BOCA.

LAS CUBETAS ESTÁN HECHAS EN METAL, EN TAMAÑOS VARIABLES, EL BORDE SUELE SER UN TUBO QUE, A SU VEZ, SIRVE COMO CONDUCTO DEL AGUA QUE ENFRIA LA CUBETA; EL AGUA LLEGA A LA CUBETA A TRAVÉS DE UNA MANGUERA DE GOMA CONECTADA A LA UNIDAD DENTAL, UNA MANGUERA DE RETORNO CONDUCE EL AGUA - SOBRANTE A LA ESCUPIDERA.

2.2 HIDROCOLOIDE IRREVERSIBLE.

LOS HIDROCOLOIDES DE ALGINATO SE SUMINISTRAN EN FORMA DE POLVO PARA MEZCLARLO CON AGUA Y DESPUÉS SOLIDIFICA EN UN GEL QUE NO PUEDE SER LICUADO DE NUEVO. ESTE TIPO DE MATERIAL SE UTILIZA GENERALMENTE PARA LA REPRODUCCIÓN DE LOS MODELOS DE ESTUDIO PARA LA FABRICACIÓN DE PRÓTESIS PROVISIONALES Y, RARA VEZ, PARA LA TOMA DE IMPRESIONES DE PREPARACIONES.

AUNQUE LOS ALGINATOS SE PUEDEN USAR TAMBIÉN CON TÉCNICAS DE JERINGA-CUBETA Y SE PUEDEN INYECTAR EN LAS PREPARACIONES DE LOS DIENTES, ES FRECUENTE QUE SE ROMPAN LOS MARGENES CERVICALES QUE ES PREFERIBLE USAR LOS MATERIALES DE CAUCHO O SILICONAS.

2.3 ELASTOMEROS: MERCAPTANOS Y SILICONAS.

2.3.1 MERCAPTANOS.

EL PRIMERO DE LOS MATERIALES SINTÉTICOS DE CAUCHO PARA IMPRESIONES FUE EL POLISULFURO CONOCIDO COMO THIOKOL Y SE UTILIZÓ COMO MATERIAL DE IMPRESIÓN, EN ODONTOLOGÍA, POR EL AÑO DE 1951. POCO DESPUÉS OTRA GOMA SINTÉTICA, UN COMPUESTO A BASE DE SILICONA, SE EMPEZO A USAR EN LA TOMA DE IMPRESIONES. ESTE MATERIAL TIENE LA VENTAJA DE PERMANECER ESTABLE DIMENSIONALMENTE CUANDO SE GUARDAN EN LAS CONDICIONES DE

TEMPERATURA HUMANA DEL MEDIO AMBIENTE, ES RESISTENTE, DURADERA Y SE OBTIENEN IMPRESIONES MUY PRECISAS, AÚN DE LOS DETALLES SUPERFICIALES.

LOS CAUCHOS THIOKOL, MÁS CORRECTAMENTE DENOMINADOS POR SU TÉRMINO QUÍMICO DE MERCAPTANOS, TIENEN GENERALMENTE UN COLOR MARRÓN OSCURO, DEBIDO A LA PREPONDERANCIA DEL PERÓXIDO QUE SE UTILIZA COMO CATALIZADOR. SE OFRECEN EN EL MERCADO EN DOS TUBOS DE METAL BLANDO, EN UNO DE LOS CUALES VA LA BASE DE CAUCHO BLANCA Y, EN EL OTRO, EL MATERIAL CATALIZADOR MARRÓN.

CON LOS MATERIALES DE IMPRESIÓN DE GOMA SE HAN EMPLEADO DOS TÉCNICAS: EL MÉTODO CON JERINGA Y CUBETA Y LA TÉCNICA EN DOS TIEMPOS. EN EL PRIMER MÉTODO, SE INYECTA UN CAUCHO DE POCO PESO Y DE FÁCIL VOLATILIZACIÓN EN LOS DETALLES DE LAS PREPARACIONES DE LOS DIENTES POR MEDIO DE UNA JERINGA ESPECIALMENTE DISEÑADA. INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HACER LA INYECCIÓN, SE COLOCA EN POSICIÓN SOBRE TODA LA ZONA UNA CUBETA CARGADA CON UN CAUCHO DE MAYOR PESO. CUANDO HA FRAGUADO LA IMPRESIÓN SE RETIRA LA CUBETA COMPLETA CON LA IMPRESIÓN.

CON LA TÉCNICA EN DOS TIEMPOS, SE TOMA PRIMERO UNA IMPRESIÓN DE LA BOCA USANDO UN MATERIAL MÁS COMPACTO EN LA CUBETA; CON ESTA IMPRESIÓN, NO SE PRETENDE OBTENER TODOS LOS DETALLES, Y SE RETIRA DE LA BOCA CUANDO LA GOMA HA ENDURECIDO. A CONTINUACIÓN, SE APLICA UNA CAPA FINA DE UNA MEZCLA DE CAUCHO FINO SOBRE LA IMPRESIÓN PREVIAMENTE OBTENIDA, LA CUAL SE VUELVE A COLOCAR EN LA BOCA Y SE RETIRA CUANDO ESTA HA ENDURECIDO, ESTA NUEVA CAPA HABRÁ REPRODUCIDO TODOS LOS DETALLES DE LA PREPARACIÓN.

2.3.2 SILICONA

ESTA COMPUESTA PRINCIPALMENTE POR POLIDIMETIL SILOXANO, QUE ES BASE Y UN LÍQUIDO CATALIZADOR QUE ES PERÓXIDO DE BENZOILO. SU MANIPULACIÓN ES SIMILAR AL DE LOS MERCAPTANOS, CON LA TÉCNICA DE DOBLE IMPRESIÓN.

VII.3 DIFERENTES TECNICAS DE IMPRESION

3.1 TÉCNICA DEL HIDROCOLOIDE REVERSIBLE.

LOS PASOS CLÍNICOS EN LA TOMA DE IMPRESIÓN DEBEN SEGUIR LA SIGUIENTE SECUENCIA.

SE REUNE EL MATERIAL NECESARIO Y LOS ACCESORIOS Y SE ESCOJEN LAS CUBETAS. SE RECORTAN LOS APOSITOS DE HILO DE LA LONGITUD ADECUADA.

SE PREPARA LA BOCA; EL PACIENTE SE ENJUAGA CON UNA SUSTANCIA ASTRINGENTE Y SE SECAN LAS GLÁNDULAS MUCOSAS CON GASA DE ALGODÓN CUANDO SE VAYA A TOMAR UNA IMPRESIÓN SUPERIOR. SE COLOCA EL EYECTOR DE SALIVA Y SE AISLA LA ZONA CON ROLLOS DE ALGODÓN.

LOS DIENTES Y LA MUCOSA ADYACENTE SE SECAN CON ALGODÓN, LAS ZONAS INTERPROXIMALES DE LOS DIENTES SE SECAN CON LA JERINGA DE AIRE.

SE REALIZA LA RETRACCIÓN GINGIVAL, SE SACA EL MATERIAL DE IMPRESIÓN DEL COMPARTIMIENTO DEL CALENTADOR, SE HACE UN AGUJERO DE 12 O 13 MM EN UN EXTREMO DEL ENVOLTORIO PLASTICO DEL MATERIAL, POR DONDE SE INYECTA EL AGAR EN LA CUBETA HASTA LLENARLA COMPLETAMENTE.

SE COLOCA LA CUBETA EN EL COMPARTIMIENTO CON EL AGAR A TEMPERATURA ADECUADA PARA LA BOCA Y SE DEJA, POR LO

MENOS DURANTE DOS MINUTOS, AL CABO DE LOS CUALES, LA TEMPERATURA HABRÁ DISMINUIDO, QUEDANDO EL MATERIAL EN CONDICIONES DE PODER TOMAR LA IMPRESIÓN SIN QUEMAR LOS TEJIDOS BUCALES.

SE RETIRAN LOS RETRACTORES DE LA ENCÍA, LOS ROLLOS DE ALGODÓN Y SE SACA LA JERINGA DEL COMPARTIMENTO DE CONSERVACIÓN. INMEDIATAMENTE, SE INYECTA EL AGAR EN LA PARTE MÁS PROFUNDA DE LA PREPARACIÓN QUE ESTÉ SITUADA MÁS DISTALMENTE. LA BOQUILLA DE LA JERINGA SE PASA POR TODAS LAS PREPARACIONES Y EN SUS TERMINACIONES GINGIVALES.

SE SACA LA CUBETA DEL BAÑO DE AGUA TEMPLADA Y, CON UNA ESPÁTULA, SE QUITA UNA CAPA FINA DE AGAR DE LA SUPERFICIE DEL MATERIAL PARA ELIMINAR EL EXCESO DE AGUA; SE CONECTA LA MANGUERA DE AGUA Y SE LLEVA LA CUBETA A LA BOCA. SE ESTABILIZA LA CUBETA Y SE DEJA CIRCULAR EL AGUA POR UN MÍNIMO DE CINCO MINUTOS, HAY QUE TENER CUIDADO DE QUE LA CUBETA NO HAGA CONTACTO CON LOS DIENTES.

LA CUBETA SE RETIRA DE LA BOCA MEDIANTE UN MOVIMIENTO FUERTE Y RÁPIDO, SE EXAMINA LA IMPRESIÓN Y SE CORRE EN YESO PIEDRA TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE.

CUANDO SE TENGA QUE IMPRESIONAR CANALES PARA PINS, SE REQUERIRAN DE PINS PLASTICOS, INSERTADOS EN LOS CANALES CON ANTERIORIDAD A LA TOMA DE IMPRESIÓN. LOS PINS -- SALEN JUNTO CON LA IMPRESIÓN, CUANDO ESTA SE SACA DE LA BOCA.

3.2 TÉCNICA DEL HIDROCOLOIDE IRREVERSIBLE.

PARA LA TOMA DE IMPRESIÓN SE PUEDEN UTILIZAR PORTA-IMPRESIONES PREFABRICADOS COMO LOS PERFORADOS Y LOS DE RIELES RETENTIVOS, O SI LO PREFIERE, EL OPERADOR, A BASE DE RESINA ACRÍLICA PARA MAYOR EXACTITUD.

HAY QUE SEGUIR ESTRICTAMENTE LAS INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE PARA HACER LAS PROPORCIONES Y LA MEZCLA DEL MATERIAL. EL MÉTODO MÁS COMÚN ES EL DE AÑADIR UNA PROPORCIÓN DE POLVO PREVIAMENTE MEDIDA A UNA CANTIDAD TAMBIÉN DETERMINADA DE AGUA. LA VARIACIÓN EN LA TEMPERATURA DEL AGUA INFLUYE EN EL FRAGUADO DEL MATERIAL Y SE DEBEN SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE CON RESPECTO A LA TEMPERATURA.

EL TIEMPO DE MEZCLADO ES DECISIVO Y SIEMPRE SE DEBE CONTROLAR. LA INCORPORACIÓN DE AIRE EN LA MEZCLA AUMENTA LA POSIBILIDAD DE QUE SE FORMEN BURBUJAS EN LA IMPRESIÓN.

SE RECOMIENDA QUE EL PACIENTE SE ENJUAGUE LA BOCA CON UN ASTRINGENTE Y SECAR LAS SUPERFICIES DE LOS DIENTES ANTES DE TOMAR LA IMPRESIÓN, YA QUE LA SALIVA IMPIDE LA REPRODUCCIÓN DE LOS DETALLES Y OCACIONA CAMBIOS - SUPERFICIALES EN EL ALGINATO.

SE HACE LA MEZCLA NECESARIA Y SE COLOCA EN EL PORTA-IMPRESIONES, SE LLEVA A LA BOCA DEL PACIENTE Y SE ESPERA A QUE EL MATERIAL GELIFIQUE, SE RETIRA EL PORTA-IMPRESIÓN Y SE PROCEDE A OBTENER EL MODELO CON YESO PIEDRA O DENSITA. LA IMPRESIÓN SE CORRE LO ANTES POSIBLE PARA EVITAR DEFORMACIONES DEBIDAS A LA CONTRACCIÓN QUE SUFRE EL MATERIAL.

3.4 TECNICA DE ELASTOMEROS.

LOS ENCONTRAMOS EN DOS TIPOS: LOS POLISULFUROS DE CAUCHO Y LAS SILICONAS.

3.4.1 POLISULFUROS DE CAUCHO.

SE TIENE QUE REALIZAR UNA CUBETA O PORTA-IMPRESIONES INDIVIDUAL DE ACRÍLICO, SE ADAPTA UNA HOJA DE CERA BASE SOBRE EL MODELO DE ESTUDIO, CUIDANDO QUE LLEGUEN HASTA LAS ZONAS DE INSERCIÓN DE LA - ENCÍA.

LA CERA SE RECORTA EN LAS SUPERFICIES OCLUSALES, O INCISALES, DE LOS DIENTES QUE SE QUIEREN EMPLEAR COMO GUÍAS OCLUSALES.

SE RECOMIENDA HACER TRES GUÍAS: UNA EN LA REGIÓN ANTERIOR Y DOS EN LAS REGIONES POSTERIORES. -- SE COLOCAN EN DIENTES EN QUE NO SE HAYAN HECHO PREPARACIONES.

ESTO PERMITIRÁ MANTENER LA CUBETA INMÓVIL UNA VEZ ASENTADA Y PERMITIR EL FRAGUADO DEL MATERIAL DE IMPRESIÓN. SOBRE LA CERA SE ADAPTA UNA HOJA DE PAPEL ESTAÑO, PARA EVITAR LA CONTAMINACIÓN DEL PORTA-IMPRESIONES.

SE HACE UNA MEZCLA DE RESINA ACRÍLICA PARA CUBETAS, SE DEJA LLEGAR A UN ESTADO SEMIBLANDO Y SE HACE ROLLO, HAY QUE PRESIONAR EL ROLLO HASTA QUE QUEDE UNA CAPA DE 2.5 MM DE GRUESO. ESTA LÁMINA FINA DE ACRÍLICO SE APLICA SOBRE LA CERA EN EL MODELO DE ESTUDIO Y SE PRESIONA EN POSICIÓN, SE COLOCA UN MANGO CON EL MISMO MATERIAL, SE RECOR TAN EXCEDENTES.

SE RETIRA LA CUBETA DEL MODELO DE ESTUDIO ANTES DE QUE LA RESINA ACRÍLICA HAYA ENDURECIDO POR COMPLETO.

SE LE PIDE AL PACIENTE QUE SE ENJUAGUE CON UNA SOLUCIÓN ASTRINGENTE Y SE SECAN LAS PREPARACIONES Y LOS TEJIDOS ADYACENTES.

COMENZAMOS A ESPATULAR LONGITUDES IGUALES DE MATERIAL, LAS CUALES SE ESPATULAN HASTA QUE QUEDE UNA MASA HOMOGÉNEA, CARGANDO PRIMERO EL MATERIAL QUE VA EN LA JERINGA E INMEDIATAMENTE DESPUÉS EL QUE VA EN EL PORTA-IMPRESIONES, CON EL MATERIAL CONTENIDO DE LA JERINGA SE PROCEDE A CUBRIR LOS DIENTES PREPARADOS.

POSTERIORMENTE SE LLEVA LA CUCHARILLA A LA BOCA HASTA QUE SE HALLA PRODUCIDO LA POLIMERIZACIÓN (VULCANIZACIÓN) TOTAL DEL MATERIAL. SE RETIRA LA IMPRESIÓN DE UN SÓLO MOVIMIENTO, SE EXAMINA LA IMPRESIÓN Y SE CORRE, SI ES CORRECTA, EN VEL-MIX.

3.4.2 SILICONAS.

CON ÉSTE MATERIAL SE EFECTÚA LA TÉCNICA DE DOBLE IMPRESIÓN, SE SELECCIONA EL PORTA-IMPRESIONES, SE LE PIDE AL PACIENTE QUE SE ENJUAGUE LA BOCA CON UNA SOLUCIÓN ASTRINGENTE, SE SECAN LAS PREPARACIONES Y LOS TEJIDOS ADYACENTES Y SE COLOCA EL RETRACTOR PARA ENCÍA.

SE PREPARA EL SILICÓN DE CUERPO PESADO, SE TRANSPORTA AL PORTA-IMPRESIONES Y SE LLEVA A LA BOCA, SE PRESIONA FIRMEMENTE LA CUCHARILLA TENIENDO -

CUIDADO DE QUE NO CONTACTE ESTA CON LAS SUPERFICIES DE LOS DIENTES Y SE MANTIENE EN POSICIÓN - HASTA QUE POLIMERICE, SE RETIRA DE LA BOCA Y SE DESALOJAN EL CORDÓN DEL RETRACTOR.

SE PREPARA EL SILICÓN DE CUERPO LIGERO, SE PROCEDE A CUBRIR LOS DIENTES CON LA JERINGA. SE CARGA LA IMPRESIÓN PRIMARIA CON EL MISMO MATERIAL Y SE COLOCA EN EL MISMO LUGAR, TENIENDO COMO GUÍA - ALGUNO DE LOS DIENTES CONTÍGUOS.

YA POLIMERIZADO EL MATERIAL SE RETIRA LA CUCHARILLA DE LA BOCA, SE VERIFICA, SI ESTA, NO TIENE - ALGUNA IMPERFECCIÓN SE CORRE EN VEL-MIX.

C A P I T U L O VIII

PROTESIS TEMPORAL Y TECNICAS DE ELABORACION

EL TRATAMIENTO PROVISIONAL INCLUYE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE EMPLEAN DURANTE LA PREPARACIÓN DE UN PUENTE PARA CONSERVAR LA SALUD BUCAL Y LAS RELACIONES DE UNOS DIENTES - CON OTROS Y PARA PROTEGER LOS TEJIDOS BUCALES.

EN TÉRMINOS GENERALES, LAS OPERACIONES PROVISIONALES MANTIENEN LA ESTÉTICA, LA FUNCIÓN Y LAS RELACIONES DE LOS TEJIDOS. COMO EJEMPLOS DE TRATAMIENTOS PROVISIONALES TENEMOS A LOS MANTENEDORES DE ESPACIO, DENTADURAS REMOVIBLES PROVISIONALES, PUENTES PROVISIONALES Y OBTURACIONES TRANSITORIAS.

VIII.1 OBJETIVOS DE LA PROTESIS TEMPORAL

- 1.- RESTAURAR Y CONSERVAR LA ESTÉTICA.
- 2.- MANTENER LOS DIENTES EN SUS POSICIONES Y EVITAR SU ERUPCIÓN O INCLINACIÓN.

- 3.- RECUPERAR LA FUNCIÓN Y PERMITIR QUE EL PACIENTE PUEDA MASTICAR DE MANERA SATISFACTORIA HASTA QUE SE CONSTRUYA EL PUENTE.
- 4.- PROTEGER LA DENTINA Y LA PULPA DENTARIA DURANTE LA CONSTRUCCIÓN DEL PUENTE.
- 5.- PROTEGER LOS TEJIDOS GINGIVALES DE TODA CLASE DE TRAUMATISMOS.

DURANTE EL TRATAMIENTO PROVISIONAL PARA LA CONSTRUCCIÓN DE PUENTES, SE USAN DIVERSAS RESTAURACIONES Y APARATOS. - LAS OBTURACIONES PROVINCIONALES SE UTILIZAN PARA PROTEGER LA DENTINA Y LA PULPA DEL DIENTE, UNA VEZ CONCLUIDA LA PREPARACIÓN DEL RETENEDOR Y ANTES DE QUE EL PUENTE ESTÉ LISTO PARA CEMENTARLO.

TAMBIÉN SE HACEN PARA TRATAR CARIES EN LOS DIENTES QUE VAN A SERVIR COMO PILARES DE PUENTES, PERO CUYA PREPARACIÓN NO SE HARÁ HASTA QUE SE HAYA CONCLUIDO EL TRATAMIENTO DE OTRAS ZONAS BUCALES, CUANDO ES NECESARIO HACERLO COMO PARTE DEL TRATAMIENTO GENERAL QUE PUEDA REQUERIR EL CASO PARTICULAR.

LAS DENTADURAS REMOVIBLES PROVISIONALES SE COLOCAN CUANDO HAY QUE SUSTITUIR DIENTES PERDIDOS POR EXTRACCIONES O POR TRAUMATISMOS, CON EL OBJETO DE CONSERVAR LA ESTÉTICA Y LA

FUNCIÓN Y PARA QUE LOS DIENTES CONTIGUOS SE MUEVAN HACIA - EL ESPACIO DESDENTADO O QUE AUMENTE LA ERUPCIÓN DE LOS ANTAGONISTAS HASTA QUE SE PUEDA CONSTRUIR UNA RESTAURACIÓN FIJA.

LOS PUENTES PROVISIONALES SE HACEN CON IGUAL PROPÓSITO - QUE LAS DENTADURAS PROVISIONALES Y EN DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS OFRECEN MAYORES VENTAJAS. LOS MANTENEDORES DE -- ESPACIO SIRVEN PARA IMPEDIR QUE LOS DIENTES, CONTIGUOS O - ANTAGONISTAS AL ESPACIO RESULTANTE DE LA EXTRACCIÓN DE UNO O MÁS DIENTES, SE MUEVAN O AUMENTEN SU ERUPCIÓN. ESTOS - MANTENEDORES SON INDICADOS EN AQUELLOS CASOS EN QUE NO ES FACTIBLE LA CONSTRUCCIÓN DE UNA DENTADURA, O DE UN PUENTE PROVISIONAL.

VIII. 2 TECNICAS

2.1 OBTURACIONES DE CEMENTO.

EN LAS OBTURACIONES PROVICIONALES SE UTILIZAN CEMENTOS DEL TIPO DE ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL, ADEMÁS DE LOS - CEMENTOS DE FOSFATO DE ZINC. TIENEN ALGUNAS DESVENTAJAS: NINGUNO DE ESTOS CEMENTOS RESISTE MUCHO TIEMPO - LA LESIÓN ABRASIVA Y DISOLVENTE A QUE ESTÁN SÓMETIDOS EN LA BOCA. TAMPOCO PUEDEN RESISTIR LOS EFECTOS DE - LA MASTICACIÓN SIN FRACTURARSE.

LOS CEMENTOS SE PUEDEN UTILIZAR CON ÉXITO, EN CAVIDADES INTRACORONALES PEQUEÑAS, DURANTE PERÍODOS QUE NO EXCEDAN LOS 6 MESES, PERO NUNCA SE UTILIZARÁN COMO - TOPES PARA MANTENER UNA OCLUSIÓN CÉNTRICA. SOLAMENTE SE PUEDEN UTILIZAR EN CAVIDADES DONDE LA GUÍA OCLUSAL CÉNTRICA CAIGA EN CUALQUIER PARTE DE LA SUPERFICIE - OCLUSAL QUE QUEDEN POR FUERA DE LA RESTAURACIÓN.

2.2 OBTURACIONES DE AMALGAMA.

LAS OBTURACIONES DE AMALGAMA SE UTILIZAN EN EL TRATAMIENTO DE CARIES EN DIENTES QUE VAN A SER PILARES DE PUENTES EN FECHA POSTERIOR. SU GRAN VENTAJA, CONSISTE EN QUE DURAN MUCHO TIEMPO, EN CASO DE QUE SE RETARDE LA ELABORACIÓN DE LA PRÓTESIS.

PERO DEBE TENERSE EN CUENTA QUE SE DEBE DE RETIRAR LA AMALGAMA PROVISIONAL EN UNA FECHA NO MUY LEJANA Y, CUANDO SE ELABORA, ES INNECESARIA LA EXTENSIÓN DE LA PREPARACIÓN.

SI SE EFECTÚA LA EXTENSIÓN DE LA PREPARACIÓN, SE CORRE EL PELIGRO DE ELIMINAR TEJIDO DENTARIO SANO; QUE PUEDE NECESITARSE POSTERIORMENTE PARA LA PREPARACIÓN DEL - RETENEDOR.

2.3 CORONAS METÁLICAS.

SE PUEDE UTILIZAR UNA GRAN VARIEDAD DE CORONAS METÁLICAS COMO RESTAURACIONES PROVICIONALES, TANTO DE ACERO INOXIDABLE, COMO DE ALUMINIO. LAS DE ALUMINIO, SON MÁS FÁCILES DE ADAPTAR Y SE FABRICAN COMO TUBOS CERRADOS SIMPLES, LAS CUALES SE CONTORNEAN CON ALICATES, PARA CONSEGUIR UN FESTONEADO GINGIVAL ADECUADO, CON EL FÍN DE NO IRRITAR A LOS TEJIDOS GINGIVALES.

INDICACIONES.- ESTAS CORONAS ESTÁN INDICADAS PRINCIPALMENTE EN CORONAS TOTALES, EN LAS CORONAS PARCIALES (TRES-CUARTOS EN LAS PREPARACIONES MESIO-OCCLUSO-DISTALES EN LA CUAL SE TALLA LA SUPERFICIE OCLUSAL DEL DIENTE).

2.4 RESTAURACIONES Y CORONAS DE RESINA.

LAS RESINAS ACRÍLICAS TIENEN UNA GRAN APLICACIÓN EN LA ELABORACIÓN DE PROVICIONALES. LAS RESTAURACIONES ELABORADAS CON ACRÍLICO, TIENEN UN COLOR SIMILAR AL DE LOS DIENTES, SON SUFICIENTEMENTE RESISTENTES A LA ABRASIÓN Y MUY FÁCILES DE CONSTRUIR. TAMBIÉN EXISTEN CORONAS PREFABRICADAS DE RESINA.

2.5 CORONAS PROVISIONALES DE ACRÍLICO HECHAS A LA MEDIDA.

LAS CONDICIONES QUE DEBE REUNIR UNA CORONA PROVICIONAL, QUEDAN CUMPLIDAS CON UNA CORONA HECHA A LA MEDIDA POR

SU FACILIDAD, EXACTITUD Y PROTECCIÓN PULPAR. SI SE EMPLEA LA TÉCNICA DIRECTA, LA RESTAURACIÓN DEBE SER RETIRADA DEL DIENTE ANTES DE LA COMPLETA POLIMERIZACIÓN DEL ACRÍLICO O BIEN NO PODRÁ SER RETIRADA DE NINGUNA MANERA.

CUANDO EL ACRÍLICO SE POLIMERIZA SUFRE UNA CONTRACCIÓN DE APROXIMADAMENTE EL 7%. Y SI EL FINAL DE POLIMERIZACIÓN SE HACE SIN UNA FORMA QUE LA SOPORTE, HABRÁ DISTORSIONES Y EL AJUSTE ESTARÁ LEJOS DEL IDEAL.

ANTES DE HACER EL PROVINCIONAL DE ACRÍLICO, HAY QUE HACER UN MODELO QUE PUEDA SERVIR PARA MODELAR LOS CONTORNOS EXTERIORES DE LA RESTAURACIÓN (SUPERFICIES AXIALES Y OCLUSAL). LA SUPERFICIE INTERIOR SE MODELARÁ CON UN MODELO DE LA PREPARACIÓN TERMINADA. EL PRIMER PASO CONSISTE EN HACER UNA SOBREIMPRESIÓN DEL DIENTE SIN TALLAR. SI EL DIENTE A RESTAURAR TIENE UNA LESIÓN EVIDENTE, LA SOBREIMPRESIÓN SE TOMA MIENTRAS SE ESPERA QUE HAGA EFECTO LA ANESTESIA.

EL MODELO DE ESTUDIO SE PREPARA ARREGLANDO TODOS LOS DEFECTOS CON CERA AZUL BIEN ALISADA Y SUMERGIÉNDOLO EN UNA TAZA DE GOMA CON AGUA DURANTE 5 MINUTOS. MOJANDO EL YESO DE ESTE MODO, SE IMPIDE QUE EL ALGINATO SE LE ADHIERA.

UNA VEZ FRAGUADO EL ALGINATO, SE RETIRA EL MODELO DE ESTUDIO Y SE EXAMINA LA SOBREIMPRESIÓN PARA COMPROVAR SI ESTÁ COMPLETA.

SE RECORTA EL EXCESO DE ALGINATO, SE ELIMINA LA DELGADA FRANJA DE ALGINATO QUE CORRESPONDE AL SURCO GINGIVAL, PARA ASEGURAR UN PERFECTO ASENTAMIENTO DEL MODELO EN LA SOBREIMPRESIÓN EN POSTERIORES OPERACIONES.

UNA VEZ TERMINADO EL TALLADO DE LA PIEZA, SE TOMA UNA IMPRESIÓN DEL CUADRANTE CORRESPONDIENTE, ESTA IMPRESIÓN SE VACÍA INMEDIATAMENTE Y, UNA VEZ FRAGUADO EL YESO, SE RECORTAN LAS ZONAS DEL MODELO QUE REPRODUCEN TEJIDOS BLANDOS. UNA VEZ LIMPIO SE ENCAJA EN LA SOBREIMPRESIÓN Y SE CONTROLA EL AJUSTE, AL MODELO DEL DIENTE PREPARADO Y ADYACENTE SE LES COLOCA SEPARADOR PARA RESINA, EL SEPARADOR DEBERÁ ESTAR SECO ANTES DE MEZCLAR LA RESINA.

EN UN GODETE SE MEZCLA RESINA COLOR DEL DIENTE, SE COLOCARÁ LA MEZCLA EN LA SOBREIMPRESIÓN, DE MANERA QUE LLENE POR COMPLETO EL ÉREA DEL DIENTE E INMEDIATAMENTE SE COLOCA EL MOLDE DE YESO EN LA SOBREIMPRESIÓN SIN PRESIONAR MUCHO, YA QUE SE PUEDE COMPRIMIR EL ALGINATO.

UNA VEZ ASENTADO EL MODELO Y QUE SE HA EXPRIMIDO EL EXCESO DE ACRÍLICO, EL MODELO SE MANTIENE EN POSICIÓN CON UN ANILLO DE GOMA.

CUANDO EL ACRÍLICO HA POLIMERIZADO, SE RECORTA EL EXCESO DE RESINA. SE PRUEBA SU OCLUSIÓN Y SI ES CORRECTA SE PULE Y ESTÁ LISTO PARA LA CEMENTACIÓN, LA CUAL SE HACE CON ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL, AL CUAL SE LE AÑADE UN POCO DE VASELINA PARA REDUCIR UN POCO SU FUERZA.

2.6 PUENTES PROVISIONALES DE ACRÍLICO.

CUANDO HAY QUE HACER UN PUENTE, SE ENCERA UN DIENTE EN EL ESPACIO EDÉNTULO. PARA QUE NO HAYA SOCAVADOS AL HACER LA SOBREIMPRESIÓN, SE LLENAN CON CERA TODOS LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS. CON ESTE PROPÓSITO SE PUEDE EMPLEAR UN DIENTE DE RESINA DE SERIE, QUE SE AJUSTA EN EL ESPACIO EDÉNTULO DEL MODELO DE ESTUDIO. TODOS LOS OTROS PASOS SON IGUALES A LOS QUE SE HACEN PARA FABRICAR UNA RESTAURACIÓN PROVISIONAL UNITARIA.

DURANTE EL RECORTE SE ABREN, CON UN DISCO DE CARBORUNDO, LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS POR MESIAL Y DISTAL DEL PÓNTICO. EN ESTE MOMENTO TAMBIÉN SE ELIMINA LA CONFIGURACIÓN EN SILLA DE MONATR QUE SE LE DIÓ AL PÓNTICO AL PREPARARLO PARA LA SOBREIMPRESIÓN.

2.7 TÉCNICAS DE CORONAS DE POLICARBONATO PREFABRICADAS.

ESTA TÉCNICA, QUIZA ES LA MÁS USUAL DENTRO DEL CONSULTORIO, CONSISTE EN TOMAR UNA IMPRESIÓN PREVIA DE LOS DIENTES POR PREPARAR, AL IGUAL QUE SU ANTAGONISTA.

DE ACUERDO AL MODELO SE SELECCIONAN LAS CORONAS PREFABRICADAS, QUE SE ASEMEJAN AL TAMAÑO DE LOS DIENTES POR TALLAR, CONSIDERANDO EL DESGASTE QUE SE REALIZARÁ EN CADA UNO DE LOS PILARES. ESTE TIPO DE CORONAS FAVORECEN MUCHO LA ESTÉTICA, YA QUE SU COLOR SE ASEMEJA A LOS DIENTES NATURALES.

SI EL CASO A TRATAR, ES RESTITUIR UN DIENTE, SE SELECCIONA EL TAMAÑO DE LAS CORONAS PREFABRICADAS PARA LOS DIENTES PILARES, ASÍ COMO DEL DIENTE AUSENTE.

PARA LOGAR UNA MAYOR ESTABILIDAD DEL APARATO PROVISIONAL SE ACONSEJA HACER UNO O DOS ORIFICIOS SOBRE LA SUPERFICIE PROXIMAL DE CADA UNO DE LOS PROVISIONALES, CON EL OBJETO DE COLOCAR UNOS PERNOS QUE VAN DIRIGIDOS HACIA EL PÓNTICO, LOS CUALES SERÁN REFORZADOS CON ACRÍLICO.

EL PÓNTICO SE SELECCIONA DE ACUERDO AL TAMAÑO DE LA BRECHA Y SIGUIENDO LA ANATOMÍA DE LOS DIENTES CONTÍGUOS. ESTA CORONA SE RELLENA CON RESINA ACRÍLICA PARA DARLE SOPORTE Y RETENCIÓN A LAS FUERZAS OCLUSALES Y CONSEGUIR UNA BUENA FERULIZACIÓN.

DESPUÉS DE REALIZAR EL TALLADO DE LOS DIENTES PILARES, SE PRUEBA LA PRÓTESIS TEMPORAL RECORTANDO SU MARGEN CERVICAL Y SE HACE UN REBASE PARA LOGRAR UN SELLADO CERVICAL.

PARA REALIZAR ESTE PROCEDIMIENTO SE UNTA VASELINA A LOS DIENTES PILARES Y TEJIDO BLANDO COMO SEPARADOR. CUANDO EL ACRÍLICO HA POLIMERIZADO, EL APARATO SE RETIRA, SE RECORTA Y SE PULE, SOBRE TODO EN LA SUPERFICIE MARGINAL PARA NO IRRITAR EL TEJIDO GINGIVAL.

EL CEMENTADO SE REALIZA CON ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL, HASTA LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS DEFINITIVA.

2.8 RESTAURACIÓN PROVISIONAL PARA UN DIENTE DESPULPADO.

MUCHAS VECES ES DIFÍCIL CONFECCIONAR UNA CORONA PROVISIONAL EN UN DIENTE PREPARADO PARA UN MUÑON ARTIFICIAL CON ESPIGA PORQUE QUEDA MUY POCO DIENTE POR FUERA DE LA ENCÍA. SE PUEDE RESOLVER LA SITUACIÓN CON UNA CORONA DE POLICARBONATO ESTANDAR PROVISTA DE UN TROZO DE CLIP U OTRO TROZO DE ALAMBRE QUE ACTÚA DE ESPIGA PROVISIONAL.

TAMBIÉN PUEDE DAR EXCELENTE RESULTADO UNA CORONA DE POLICARBONATO CON ESPIGA INCORPORADA, LA QUE EXISTE PREFABRICADA EN EL MERCADO.

2.9 TÉCNICAS DE CORONAS DE CELULOIDE PREFORMADAS.

AL IGUAL QUE LAS CORONAS DE POLICARBONATO, SE SELECCIONA LA COPIA DE CELULOIDE CON LA AYUDA DEL MODELO, SE SELECCIONAN DE ACUERDO A LA LONGITUD Y FORMA PARA CADA TIPO DE DIENTE.

LAS CORONAS SE RELLENAN CON RESINA AUTOPOLIMERIZABLE, DEL TONO ADECUADO, SE CALZAN POCO TIEMPO SOBRE LA PREPARACIÓN BARNIZADA PREVIAMENTE, SE LES CURA COMPLETAMENTE EN AGUA CALIENTE Y POR ULTIMO SE FIJAN CON CEMENTO TEMPORAL.

LA TÉCNICA ES SIMILAR A LA DE LAS CORONAS DE POLICARBONATO, LA DIFERENCIA RADICA EN LA FUNDA, ES PARTICULARMENTE, PARA DIENTES INDIVIDUALES, DEBERÁ HACERSE UN PULIDO Y TERMINADO MARGINAL PRECISO, YA QUE PODRIA PROVOCAR INFLAMACIÓN A NIVEL CERVICAL.

2.10 CORONAS METÁLICAS ANATÓMICAS.

PUEDEN SER IDEALES CUANDO EXISTA UNA CONTRADICCIÓN DE COLOCAR UN PROVISIONAL DE ACRÍLICO HECHO A LA MEDIDA. UNA DE LAS INDICACIONES DE LAS CORONAS METÁLICAS PREFORMADAS ES LA EMERGENCIA QUE SE PRESENTA CUANDO SE FRACTURA UNA CÚSPIDE.

CON LAS CORONAS METÁLICAS PREFORMADAS SE PUEDE PROPORCIONAR AL PACIENTE UN RECUBRIMIENTO PROVICIONAL QUE LE PROTEJA EL DIENTE FRACTURADO Y QUE PREVenga LA IRRITACIÓN DE LA LENGUA Y DE LAS MUCOSAS.

EXISTEN VARIOS SISTEMAS ÚTILES PARA ESTE PROPÓSITO, QUE SE BASA EN LOS MISMOS PRINCIPIOS GENERALES. EL PROCEDIMIENTO CONSISTE EN:

- 1.- PREPARACIÓN MÍNIMA DEL DIENTE.
- 2.- MEDICIÓN Y SELECCIÓN DE LA CORONA.
- 3.- RECORTADO Y ADAPTACIÓN DEL MARGEN GINGIVAL.
- 4.- CEMENTADO.

SE REALIZA UN DESGASTE MÍNIMO A LA PIEZA APROXIMADAMENTE DE 1 A 1,5 MM, PARA DAR CAVIDAD A LA CORONA, SE RECORTA LA CORONA Y CON UNAS TIJERAS PARA ORO, DÁNDOLE EL TAMAÑO ADECUADO. ESTE FESTONEADO DEBERÁ SER CORRECTO, POR MEDIO DE UNOS ALICATES SE BOMBEA UN POCO POR DEBAJO DEL MARGEN CERVICAL Y POSTERIORMENTE SE CEMENTA.

C A P I T U L O I X

OBTENCION DE MODELOS DE TRABAJO

CUANDO SE HA OBTENIDO BUENAS IMPRESIONES DE LOS DIENTES PREPARADOS, ES MUY IMPORTANTE MANEJARLAS CON TODO CUIDADO PARA ASEGURAR MODELOS EXACTOS Y DETALLADOS. LA CALIDAD DEL MODELO INFLUYE MUCHO EN LA FACILIDAD CON QUE VA A CONFECCIONARSE LA RESTAURACIÓN Y SU AJUSTE EN BOCA.

UN BUEN MODELO DEBE CUMPLIR LAS TRES SIGUIENTES CONDICIONES:

- 1.- ESTAR LIBRE DE BURBUJAS, ESPECIALMENTE A LO LARGO DE LA LÍNEA DE TERMINACIÓN DE LOS DIENTES PREPARADOS.
- 2.- ESTAR LIBRES DE DEFORMACIONES.
- 3.- PODER SER RECORTADOS PARA TENER BUEN ACCESO AL MODELO DEL PATRÓN DE CERA.

EL MODELO DE TRABAJO ES EL QUE SE MONTA EN EL ARTICULADOR. PARA QUE LA ARTICULACIÓN SEA LO MÁS PERFECTA POSIBLE, EL MODELO DEBE COMPRENDER LA TOTALIDAD DE LA ARCADA. AL HACER

EL PATRÓN DE CERA, SE UTILIZA PARA ESTABLECER LOS CONTACTOS PROXIMALES, LOS CONTACTOS BUCALES Y LINGUALES Y LA OCLUSIÓN CON LOS ANTAGONISTAS.

EL TROQUEL ES EL MODELO INDIVIDUAL DEL DIENTE TALLADO.- EN EL SE TERMINARAN LOS MÁRGENES DEL PATRÓN DE CERA. HAY - DOS SISTEMAS BÁSICOS DE MODELOS DE TRABAJO Y TROQUELES: POR UNA PARTE EL MODELO DE TRABAJO Y EL TROQUEL TOTALMENTE INDEPENDIENTE Y, POR OTRO, EL MODELO DE TRABAJO CON TROQUELES DESMONTABLES.

IX.1 MODELOS DE TRABAJO Y TROQUEL INDEPENDIENTE

ES EL PROCEDIMIENTO MÁS SENCILLO Y SOLO NECESITA UN MODELO DEL ARCO COMPLETO Y UN MODELO PARCIAL DE LA ZONA DE LAS PREPARACIONES. TIENE LA VENTAJA DE QUE MANTIENE LAS RELACIONES ENTRE LOS PILARES ESTABLES Y FIJOS, DETALLE MUY INTERESANTE SI SE TRATA DE CONSTRUIR UN PUENTE.

ADEMÁS, COMO LOS TEJIDOS GINGIVALES Y OTRAS REFERENCIAS - ESTÁN INTACTAS, ES MÁS FÁCIL MODELAR RESTAURACIONES CON CONTOURNOS FISIOLÓGICOS ARMÓNICOS. UNA DE LAS DESVENTAJAS ES - QUE HAY QUE IR TRASLADANDO LOS PATRONES DE CERA DEL TROQUEL AL MODELO Y VICEVERSA PARA LAS DISTINTAS COMPROBACIONES.

EL MODELO DE TRABAJO Y EL MODELO PARCIAL PARA LOS TROQUELES SE PUEDEN OBTENER DE IMPRESIONES INDEPENDIENTES O VACIANDO DOS VECES LA IMPRESIÓN DEL ARCO COMPLETO. EN ESTE ÚLTIMO CASO, PARA LOS TROQUELES DEBE UTILIZARSE EL PRIMERO DE LOS VACIADOS.

1.1 VACIADO DE LAS IMPRESIONES.

TANTO LA SUPERFICIE DEL MODELO DE TRABAJO COMO LA DE LOS TROQUELES TIENE QUE SER LO SUFICIENTE RESISTENTE A LA ABRASIÓN COMO PARA RESISTIR LA CONFECCIÓN DEL PATRÓN DE CERA SIN ALTERARSE. POR ESTO, PARA HACER EL TROQUEL, DEBE EMPLEARSE YESO PIEDRA DEL MÁS DURO, DENSITA DE CLASE III o VEL-MIX.

LAS IMPRESIONES SE LAVAN BAJO EL GRIFO PARA ELIMINAR LAS MUCOSIDADES Y LA SALIVA QUE PUEDA HABER. LUEGO EN UNA TAZA SE VIERTI LA CANTIDAD MEDIDA DE AGUA Y SE ESPOLVOREA LA CANTIDAD TAMBIÉN MEDIDA DE YESO PARA TROQUELES. SE SIGUE LAS INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE EN CUANTO A LAS PROPORCIONES AGUA/POLVO.

LAS IMPRESIONES DE ELASTÓMEROS SE SECAN COMPLETAMENTE CON EL CHORRO DEL AIRE. TAMBIÉN SE DEBEN ELIMINAR TODOS LOS EXCESOS DE HUMEDAD DE LAS IMPRESIONES CON HIDROCOLOIDES, SIN LLEGAR A DESECARLOS. LA SUPERFICIE DEBE ESTAR LIBRE DE AGUA VISIBLE, PERO DEBE PERMANECER ---

BRILLANTE. SI LA SUPERFICIE APARECE MATE, ES QUE SE HA SECADO DEMASIADO Y PUEDE HABER TENIDO LUGAR ALGUNA DISTORSIÓN.

CON UN INSTRUMENTO SE VA LLEVANDO EL YESO A LA IMPRESIÓN DEL DIENTE PREPARADO. SE PONE UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE YESO EN UN LADO DE LA IMPRESIÓN, POR ENCIMA DE LA PREPARACIÓN, ESTA SE VIBRA HASTA QUE EL YESO ALCANCE EL "FONDO" (SUPERFICIE OCLUSAL O INCISAL) DE LA PREPARACIÓN. SE INCLINA LA IMPRESIÓN DE MODO QUE EL YESO SE VAYA DESLIZANDO POR EL "FONDO" DE LA PREPARACIÓN, DESPLAZANDO EL AIRE A MEDIDA QUE VA AVANZANDO.

SE CONTINÚA EL PROCEDIMIENTO HASTA UNA ALTURA DE APROXIMADAMENTE 2.5 CMS. POR ENCIMA DE LA PREPARACIÓN. CON ESTO SE PODRÁ HACER UNA ADECUADA PEANA AL TROQUEL.

EN EL CASO DE UNA IMPRESIÓN COMPLETA, SE COLOCA LA CUBETA SOBRE EL VIBRADOR, ESTE NO DEBE TOCAR EL MATERIAL DE IMPRESIÓN. SE AÑADEN PEQUEÑAS CANTIDADES DE YESO A LA PARTE MÁS DISTAL DE UN LADO DE LA IMPRESIÓN. SE LEVANTA LENTAMENTE ESTE EXTREMO, DE MODO QUE EL YESO VAYA FLUYENDO HACIA MESIAL PASANDO DE UN DIENTE AL OTRO, LLENÁNDOLOS UNO A UNO DESDE EL FONDO. INCLINANDO LA CUBETA EN DIFERENTES DIRECCIONES, SE PUEDE CONTROLAR EL MOVIMIENTO DEL YESO DE MANERA QUE NO QUEDE ATRAPADO AIRE.

AÑADA YESO HASTA QUE SE HAYAN LLENADO TODOS LOS DIENTES DE LA ARCADA. SI LA IMPRESIÓN QUE SE ESTÁ VACIANDO ES DE LA MANDÍBULA, SE PONE LA IMPRESIÓN SOBRE LA MESA Y SE LLENA EL ESPACIO CORRESPONDIENTE A LA LENGUA CON UNA SERVILLETA DE PAPEL HÚMEDA. ESTO PERMITIRÁ HACERLE AL MODELO UNA BASE COMPLETA.

1.2 PREPARACIONES DE LOS TROQUELES.

PARA EVITAR LAS EROSIONES Y RAYAS EN LA SUPERFICIES DE LOS DIENTES PREPARADOS DEL MODELO, SE LES COLOCA UNA FINA CAPA DE SEPARADOR. LOS MODELOS SE RECORTAN ELIMINANDO TODOS LOS TEJIDOS DE MÁS ALLÁ DE LA ENCÍA QUE HAYAN QUEDADO REPRODUCIDOS.

EN UN RECORTADOR PARA MODELOS, SE ELIMINA TODO EL YESO EN EXCESO DE ALREDEDOR DEL DIENTE PREPARADO, EN EL CUAL SE VA HACER EL TROQUEL. DURANTE EL RECORTADO, EL MODELO DEBE AGUANTARSE POR SU BASE Y NO POR LA PREPARACIÓN, POR EL PELIGRO QUE HAY DE EROSIONARLA CON EL SIGUIENTE DESCENSO DE LA CALIDAD DEL POSTERIOR COLADO.

LA PEANA DEL TROQUEL DEBE SER LIGERAMENTE MÁS ANCHA QUE LA PREPARACIÓN Y CON UNA SECCIÓN OCTAGONAL. LOS LADOS DEBEN SER PARALELOS O LIGERAMENTE CONVERGENTES HACIA EL PIÉ. LA PEANA DEBE SER PARALELA AL EJE MAYOR DEL DIENTE; SI NO LO ES, SERÁ MÁS DIFÍCIL ADAPTAR LOS MÁRGENES DEL PATRÓN DE CERA.

LA PEANA DEL TROQUEL DEBE TENER UNOS 2.5 CMS, DE LONGITUD. SI ES MÁS CORTA SERÁ INCOMODA DE AGUANTAR, AL HACER EL PATRÓN. CON UNA FRESA PARA RESINA EN FORMA DE PERA, SE TALLA EL TROQUEL POR LA PARTE "GINGIVAL" DE LA LÍNEA DE TERMINACIÓN. EL ÁREA POR "GINGIVAL" DE LA LÍNEA DE TERMINACIÓN DEBE ESTAR LIBRE DE RUGOSIDADES.

EL CONTORNO DE LA ZONA POR DEBAJO DE LA LÍNEA DE TERMINACIÓN TIENE QUE SER SIMILAR A LA FORMA DE LA RAÍZ DEL DIENTE NATURAL. ASÍ SE FACILITA EL MODELADO DEL CONTORNO AXIAL DE LA RESTAURACIÓN. UNA VEZ RECORTADO EL TROQUEL, LA LÍNEA DE TERMINACIÓN SE RESALTA CON UN AFILADO LÁPIZ ROJO, ESTO FACILITA EL MODELADO DEL MARGEN CUANDO LA CERA OCULTA PARTE DE LA LÍNEA DE TERMINACIÓN.

IX.2 MODELOS DE TRABAJO CON TROQUEL DESMONTABLE

ESTA TÉCNICA SE HA CONVERTIDO EN UNA PRÁCTICA MUY COMÚN. EL TROQUEL DEL DIENTE PREPARADO SE ORIENTA EN EL MODELO DE TRABAJO MEDIANTE UNA ESPIGA CÓNICA DE LATÓN, UNA ESPIGA DE CARAS PLANAS DE ACERO INOXIDABLE O ESPIGAS DE PLÁSTICO PREFABRICADAS.

SI SE EMPLEAN TROQUELES DESMONTABLES, DEBEN SATISFACERSE LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1.- PODER SITUARSE SIEMPRE EXACTAMENTE EN EL MISMO SITIO,
- 2.- PERMANECER ESTABLES, INCLUSO SI SE LE DA LA VUELTA AL MODELO.
- 3.- EL MODELO CON LOS TROQUELES DEBE PODERSE MONTAR FÁCILMENTE EN UN ARTICULADOR.

2.1 LA ESPIGA DE LATÓN.

ESTA FORMA DE ORIENTAR LOS TROQUELES SE VIENE USANDO DESDE HACE MUCHOS AÑOS Y LA MAYORÍA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE EMPLEAN ESPIGAS SON MODIFICACIONES DE ESTA TÉCNICA. LA ESPIGA DE LATÓN HA DEMOSTRADO SER LA QUE TIENE MAYOR EXACTITUD EN SENTIDO HORIZONTAL Y, LA SEGUNDA, EN CUANTO A PRECISIÓN EN SENTIDO VERTICAL.

EN CADA DIENTE PREPARADO DE LA IMPRESIÓN SE PONE UNA ESPIGA. LA COLOCACIÓN PRECISA PUEDE SER UN PROBLEMA: SI NO SE COLOCA BIEN, LA ESPIGA PUEDE ALTERAR LOS MARGENES, DEBILITAR EL TROQUEL O IMPEDIR SU FÁCIL SALIDA DEL MODELO.

MARCANDO, SIMPLEMENTE, LOS BORDES DE LA IMPRESIÓN Y COLOCANDO LUEGO LAS ESPIGAS A MANO ALZADA EN EL YESO RECIEN VERTIDO, NO SE LOGRA UN BUEN TRABAJO, MUCHO MÁS PRECISO ES SITUAR Y ESTABILIZAR LAS ESPIGAS EN LA IMPRESIÓN ANTES DE VERTIR EL YESO.

AUN CUANDO HAY DISPOSITIVOS PARA LA COLOCACIÓN DE ESPIGAS, EN UN LABORATORIO DE PRÓTESIS SE SUELEN ENCONTRAR NUMEROSOS OBJETOS QUE PUEDEN SERVIR PARA ESTE PROPÓSITO: AGUJAS DE ANESTESIA, CLIPS PARA PAPEL, HORQUILLAS Y CERILLAS DE PAPEL. UNA ESPIGA SE COLOCA ENTRE LAS LÁMINAS ELÁSTICAS DE UNA HORQUILLA CON EL LADO REDONDO DE LA ESPIGA EN UNA DE LAS ONDULACIONES Y EL LADO PLANO APOYADO EN LA LÁMINA PLANA.

LA HORQUILLA SE PONE AL TRAVÉS, DE LA IMPRESIÓN, EN DIRECCIÓN BUCO-LINGUAL CENTRANDO LA ESPIGA DIRECTAMENTE SOBRE LA PIEZA PREPARADA. SE PASA UNOS ALFILERES POR ENTRE LOS BRAZOS DE LA HORQUILLA Y SE PINCHAN EN LA IMPRESIÓN, EN EL BORDE LINGUAL Y BUCAL MÁS PRÓXIMO AL DIENTE PREPARADO.

SE FIJAN LOS ALFILERES Y LA ESPIGA A LA HORQUILLA CON UNAS GOTAS DE CERA PEGAJOSA. SE VIERTE YESO PARA TROQUEL EN LA IMPRESIÓN HASTA LLENAR LOS DIENTES Y CUBRIR LA PARTE RETENTIVA RUGOSA DE LAS ESPIGAS. ANTES DEL FRAGUADO DEL YESO, SE COLOCAN CLIPS PARA PAPEL O ARANDELAS DENTADAS, QUE SERVIRÁN PARA RETENER LA BASE DE YESO QUE SE VACIARÁ POSTERIORMENTE. TODAS ESTAS RETENCIONES SE HAN DE PONER EN AQUELLAS ZONAS DEL MODELO QUE NO VAN A SER DESMONTABLES.

UNA VEZ FRAGUADO EL YESO, SE RETIRAN ALFILERES Y HORQUILLAS. EN LA PUNTA DE CADA ESPIGA SE COLOCA UNA BOLACHICA DE CERA BLANDA. CERCA DE DONDE LA ESPIGA ENTRA EN EL YESO, EN LA BASE DE LO QUE SERÁ TROQUEL, SE GRABAN UNOS HOYOS O UN CANAL EN FORMA DE V. ESTAS MARCAS FACILITARÁN MÁS TARDE LA REPOSICIÓN CORRECTA DE LOS TROQUELES EN SU SITIO.

EL YESO AL REDEDOR DE LAS ESPIGAS SE LUBRICA CON UNA CAPA FINA DE VASELINA PARA FACILITAR LA POSTERIOR SEPARACIÓN DEL TROQUEL DEL MODELO DE TRABAJO. SE COLOCA UNA SERVILLETA DE PAPEL HÚMEDA EN EL ESPACIO DE LA LENGUA, SI EL MODELO ES INFERIOR, ESTO PERMITIRÁ HACERLE UNA BASE COMPLETA AL MODELO. AL HACER ESTA BASE, SE DEJAN IRREGULARIDADES Y PEQUEÑAS PROMINENCIAS DE YESO PARA QUE SIRVAN DE RETENCIÓN AL YESO DE MONTAJE EN EL ARTICULADOR.

UNA VEZ FRAGUADO EL YESO, SE SEPARA EL MODELO DE LA IMPRESIÓN Y SE RECORTAN LOS EXCEDENTES LATERALES. CON UN CUCHILLO SE LOCALIZA Y SE DESCUBREN LAS BOLAS DE LA CERA QUE SE COLOCAN EN LAS PUNTAS DE LAS ESPIGAS. SE RETIRA LA CERA, DEBERÁ ASEGURARSE QUE LA PUNTA DE LA ESPIGA ESTÉ LIBRE DE CERA Y DE RESIDUOS DE YESO, SE DEJA QUE EL MODELO SE ENDUREZCA DURANTE 24 HORAS.

CUANDO EL YESO ESTE SECO Y DURO SE CORTA LA CAPA DE YESO PARA TROQUELES CON UNA SEGUETA PROVISTA DE UN PELO FINO PARA METAL. SE HACEN DOS CORTES: UNO EN MESIAL Y OTRO EN DISTAL DE CADA TROQUEL Y LOS CORTES DEBEN CONVERGER LIGERAMENTE HACIA APICAL.

CON EL MANGO DE UN INSTRUMENTO SE GOLPEA SUAVEMENTE EL EXTREMO DE LA ESPIGA PARA HACER SALIR EL TROQUEL, YA AFUERA SE RECORTA EL EXCESO DE YESO QUE ESTÉ POR GINGIVAL DE LA LÍNEA DE TERMINACIÓN, LA CUAL SE MARCARA CON UN LÁPIZ ROJO.

REPITA EL PROCESO PARA CADA UNO DE LOS TROQUELES DEL MODELO. SE COMPRUEBAN LAS SUPERFICIES DEL MODELO Y EL AGUJERO CÓNICO DE LA ESPIGA PARA ESTAR SEGUROS DE QUE ESTÁN TOTALMENTE LIBRES DE PARTÍCULAS Y RESIDUOS. EL ÉXITO DE TODO EL PROCEDIMIENTO DEPENDE PRECISAMENTE DE QUE EL MODELO Y TROQUELES ESTÉN ABSOLUTAMENTE EXENTOS DE PARTÍCULAS DE YESO, RASPADURAS DE CERA O DE CUALQUIER OTRA SUCIEDAD. DE OTRA MANERA, LOS TROQUELES NO SE ASIENTAN COMPLETAMENTE Y LOS PATRONES RESULTAN INEXACTOS.

SE VUELVEN A INSERTAR LOS TROQUELES Y NOS ASEGURAMOS DE SU PERFECTO ASENTAMIENTO Y ESTABILIDAD, SE LES COLOCA CERA BLANDA EN LOS HUECOS DE LAS PUNTAS DE LAS ESPIGAS, SE MOJA EL MODELO Y SE MONTA EN EL ARTICULADOR CON YESO EN LOS HUECOS POR DONDE SE ASOMAN LAS PUNTAS DE LAS ESPIGAS.

C A P I T U L O X

PRUEBAS CLÍNICAS

AUNQUE TEÓRICAMENTE, ES POSIBLE CONSTRUIR UN PUENTE EN LOS MODELOS MONTADOS EN UN ARTICULADOR Y CEMENTARLO EN POSICIÓN, SIN MÁS PASOS INTERMEDIOS, CASI NUNCA SE CONSIGUE ESTO EN LA PRÁCTICA, POR LO TANTO NOS TENEMOS QUE VALER DE CIERTOS PASOS CONOCIDOS COMO PRUEBAS CLÍNICAS.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, SE NECESITA HACER ALGÚN REAJUSTE E INCLUSIVE CUANDO NO HAY QUE HACER NINGUNO, LA EXPERIENCIA QUE SE GANA CON LOS MÉTODOS DE PRUEBA DEL PUENTE SERÁ MUY VALIOSA EN CASOS FUTUROS.

SON DOS LAS PRUEBAS PARA CONSEGUIR UN RESULTADO SATISFACTORIO. LA PRIMERA, ES LA PRUEBA DE METALES Y, LA SEGUNDA, LA PRUEBA DEL PUENTE INMEDIATAMENTE ANTES DE CEMENTARLO.

X.1 PRUEBAS DE METALES

DENTRO DE ESTA PRUEBA SE TENDRÁN QUE ANALIZAR LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

1.1 ADAPTACIÓN DEL RETENEDOR.

SE COLOCA EL RETENEDOR EN LA RESPECTIVA PREPARACIÓN EN LA BOCA Y SE APLICA PRESIÓN, SE LE PIDE AL PACIENTE QUE MUERDA, AL ELIMINAR LA PRESIÓN EJERCIDA SE EXAMINAN LOS MÁRGENES DEL RETENEDOR Y SE VIGILA QUE NO HAYA NINGUNA SEPARACIÓN DEL BORDE, LO QUE INDICARÍA QUE EL COLADO NO HA QUEDADO BIEN ADAPTADO, LOS MÁRGENES SE EXAMINAN A TODO LO LARGO DE LA PERIFERIA DEL COLADO PARA BUSCAR CUALQUIER DEFECTO O FALLA DE ADAPTACIÓN.

1.2 CONTORNO AXIAL.

SE EXAMINA EL CONTORNO DE LAS SUPERFICIES AXIALES DEL RETENEDOR, PARA VER SI SE ADAPTA BIEN CON EL CONTORNO DE LA SUPERFICIE O SUSTANCIA DENTARIA QUE QUEDE DEL DIENTE.

EN LOS SITIOS EN DONDE EL RETENEDOR SE EXTIENDE CERVICALMENTE HASTA LLEGAR A QUEDAR EN CONTACTO CON EL TEJIDO GINGIVAL, SE RECOMIENDA EXAMINAR EL CONTORNO CON MUCHO CUIDADO.

EL EXCESO EN EL CONTORNO SE PUEDE CORREGIR TALLANDO EL COLADO HASTA CONSEGUIR LA FORMA CORRECTA. EL DEFECTO EN EL CONTORNO OBLIGA A HACER UN NUEVO COLADO QUE TENGA LA DIMENSIÓN ADECUADA.

1.3 RELACIÓN DE CONTACTO PROXIMAL.

SI EL CONTACTO PROXIMAL DE UN COLADO ES DEMASIADO PROMINENTE SE NOTARÁ INMEDIATAMENTE CUANDO SE TRATA DE AJUSTARLO, EN CUYO CASO, HAY QUE RECORTAR EL CONTACTO PARA QUE EL COLADO SE PUEDA ADAPTAR A SU POSICIÓN.

PARA SABER SI EL CONTACTO PROXIMAL HA QUEDADO CORRECTO, SE PASA UN TROZO DE HILO DENTAL A TRAVÉS DEL PUNTO DE CONTACTO, PARTIENDO DE LA PARTE OCLUSAL.

LA EXTENSIÓN DEL CONTACTO SE EXAMINA CON EL HILO EN DIRECCIÓN VESTIBULOLINGUAL Y EN DIRECCIÓN OCLUSOCERVICAL. SE APRIETA EL HILO A TRAVÉS DEL CONTACTO, SE SACAN LOS DOS EXTREMOS A LA SUPERFICIE VESTIBULAR Y SE ESTIRAN HASTA QUE QUEDEN PARALELOS; LA DISTANCIA ENTRE LOS DOS CABOS DA LA MEDIDA DE LA DIMENSIÓN Y POSICIÓN DEL CONTACTO EN SENTIDO OCLUSOCERVICAL. DESPUÉS, SE ESTIRAN HACIA ARRIBA LOS CABOS, COLOCÁNDOLOS EN POSICIÓN VERTICAL, Y ASÍ SE PODRÁ OBSERVAR LA DIMENSIÓN VESTIBULOLINGUAL DEL CONTACTO.

1.4 RELACIONES OCLUSALES.

LAS RELACIONES OCLUSALES DE CADA UNO DE LOS RETENEDORES SE EXAMINAN EN LAS POSICIONES SIGUIENTES: OCLUSIÓN CÉNTRICA, EXCURSIONES LATERALES DE DIAGNÓSTICO IZQUIERDA Y DERECHA Y RELACIÓN CÉNTRICA.

LA OCLUSIÓN CÉNTRICA SE COMPRUEBA, PRIMERO, PIDIENDO AL PACIENTE QUE CIERRE LOS DIENTES. SI HAY ALGÚN EXCESO OCLUSAL SE NOTARÁ CON UN SIMPLE EXAMEN VISUAL.

LA LOCALIZACIÓN EXACTA DEL PUNTO DE INTERFERENCIA SE PUEDE ENCONTRAR FÁCILMENTE COLOCANDO UNA PIEZA DE PAPEL DE ARTICULAR ENTRE LOS DIENTES Y SE LE PIDE AL PACIENTE QUE CIERRE. AL IGUAL SE PUEDE UTILIZAR UNA LÁMINA FINA DE CERA, LA CUAL SE MODELA SOBRE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DEL RETENEDOR Y DE LOS DIENTES CONTIGUOS, SE HACE CERRAR LOS DIENTES EN OCLUSIÓN CÉNTRICA Y SE SEPARAN DE NUEVO, SE RETIRA LA CERA Y SE EXAMINA.

EL PUNTO DE INTERFERENCIA SE PODRÁ OBSERVAR FÁCILMENTE PORQUE HABRÁ PERFORADO LA CERA.

A CONTINUACIÓN, SE PRUEBA LA OCLUSIÓN, EN EXCURSIÓN LATERAL, HACIA LA PARTE EN QUE ESTÁ EL PUENTE Y ASÍ SE PUEDEN EXAMINAR LAS RELACIONES OCLUSALES EN POSICIÓN DE TRABAJO.

SE EXAMINA LA RELACIÓN DE LOS PLANOS INCLINADOS Y SE COMPARA CON LA DEL DIENTE ANTES DE LA PREPARACIÓN DEL RETENEDOR. LOS PUNTOS DE INTERFERENCIA SE LOCALIZAN VISUALMENTE O CON PAPEL DE ARTICULAR COLOCADO DURANTE EL MOVIMIENTO DE LATERALIDAD. SE HACEN LOS RETOQUES NECESARIOS AL COLOCADO, APLICANDO LOS PRINCIPIOS DE AJUSTE OCLUSAL.

DESPUÉS SE CONDUCE A LA MANDÍBULA, EN EXCURSIÓN LATERAL, HACIA EL LADO OPUESTO Y SE EXAMINAN LAS RELACIONES DE BALANCE DEL RETENEDOR. SE ADAPTA EL RETENEDOR, DE MODO QUE NO HAGA CONTACTO DURANTE LA EXCURSIÓN DE BALANCE, EXCEPTO EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES, EN LAS CUALES SE NECESITA QUE HAYA CONTACTO EN DICHA RELACIÓN DE BALANCE.

1.5 RELACIÓN DE LOS PILARES.

ESTO PUEDE HACERSE UNIENDO LOS RETENEDORES ENTRE SÍ, EN EL MODELO DE TRABAJO, DE MODO QUE QUEDEN FERULIZADOS Y PROBÁNDOLOS EN LA BOCA. SI LOS COLADOS ASÍ FERULIZADOS ASIENTAN TOTALMENTE EN LA BOCA, SE PUEDE DECIR QUE EL MODELO DE LABORATORIO ES CORRECTO Y QUE LOS DIENTES DE ANCLAJE NO HAN SUFRIDO NINGÚN MOVIMIENTO DESDE QUE SE TOMÓ LA IMPRESIÓN.

POR TANTO, SE PUEDE TERMINAR EL PUENTE, EN EL MODELO DE TRABAJO, CON SUFICIENTES POSIBILIDADES DE QUE PODRÁ ENTRAR EN LOS DIENTES EN EL MOMENTO DE CEMENTARLO.

SI LOS RETENEDORES FERULIZADOS NO ASIENTAN BIEN EN LA BOCA, ESTO QUIERE DECIR QUE EL MODELO DE LABORATORIO, AUNQUE REPRODUZCA CON PRECISIÓN LA PREPARACIÓN DE CADA RETENEDOR, NO REPRODUCE CORRECTAMENTE LA RELACIÓN DE LOS PILARES ENTRE SI.

SI LA DISCREPANCIA ES PEQUEÑA Y LOS RETENEDORES FERULIZADOS CASI LLEGAN A ASENTAR, SE PUEDE TERMINAR EL PUENTE, DEJANDO UN CONECTOR SIN SOLDAR. SE COLOCA, ENTONCES EL PUENTE EN LA BOCA, EN DOS PARTES Y SE AJUSTA; SE TOMA UNA RELACIÓN PARA LA SOLDADURA, DIRECTAMENTE EN LA BOCA, UNIENDO LAS DOS PARTES CON ALAMBRE Y ACRÍLICO DE POLIMERIZACIÓN INMEDIATA.

EL DIENTE FERULIZADO SE RETIRA DE LA BOCA, SE REVISTE Y SE SUELDA, MIENTRAS EL PACIENTE ESPERA.

X.2 PRUEBAS DEL PUENTE

CUANDO EL PUENTE YA ESTÁ TERMINADO, EN EL MODELO DE TRABAJO, SE LE DA EL PULIDO FINAL Y SE TERMINAN LOS MÁRGENES HASTA LO QUE PERMITA LA TÉCNICA QUE SE HAYA EMPLEADO. SE LIMPIAN CUIDADOSAMENTE, TANTO EL PUENTE, COMO LAS CARILLAS Y SE EXAMINA EL PUENTE ASENTADO.

CUANDO SE PRUEBA EL PUENTE EN LA BOCA LOS DISTINTOS ASPECTOS QUE SE EXAMINAN SON: 1) EL AJUSTE DE LOS RETENEDORES, - 2) EL CONTORNO DE LA PIEZA INTERMEDIA Y SU RELACIÓN CON LA MUCOSA DE LA CRESTA ALVEOLAR Y 3) LAS RELACIONES OCLUSALES DEL PUENTE.

ESTOS PUNTOS SÓLO SE PUEDEN EXAMINAR CUANDO EL PUENTE ESTÁ COMPLETAMENTE ASENTADO EN SU POSICIÓN Y NO PUEDE ENTRAR A LA PRIMERA INTENCIÓN.

DOS FACTORES PUEDEN SER LOS RESPONSABLES DE ESTE DEFECTO - SON: 1) HABER OCURRIDO UN MOVIMIENTO DE LOS DIENTES DE ANCLAJE Y LAS RELACIONES YA NO COINCIDEN CON LAS DEL MODELO DE TRABAJO Y 2) QUE UNO O MÁS CONTACTOS HAYAN QUEDADO DEMASIADO GRANDES E IMPIDAN QUE EL PUENTE ENTRE EN SU SITIO.

2.1 AJUSTE DE LOS RETENEDORES.

SE TIENE QUE VOLVER A REVISAR LOS RETENEDORES PARA COMPROBAR LA ADAPTACIÓN MARGINAL, COMO YA QUEDO DESCRITA, - LA PRESENCIA DE CUALQUIER ACCIÓN DE RESORTE, CUANDO SE APLICA LA PRESIÓN, INDICA QUE HAY UNA PEQUEÑA DISCREPANCIA EN LAS RELACIONES DE LOS PILARES.

CONTORNO DE LA PIEZA INTERMEDIA Y SU RELACIÓN CON LA - CRESTA ALVEOLAR.

EL CONTORNO DE LA PIEZA INTERMEDIA SE EXAMINA, EN SU RELACIÓN CON LOS DIENTES CONTIGUOS, PARA COMPROBAR LA ESTÉTICA Y SU RELACIÓN FUNCIONAL CORRECTA CON LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS, CONECTORES Y TEJIDOS GINGIVALES.

SI LA PIEZA INTERMEDIA HACE CONTACTO CON LA CRESTA ALVEOLAR, SE REvisa LA NATURALEZA DEL CONTACTO EN CUANTO A SU POSICIÓN Y EXTENSIÓN.

CUALQUIER ISQUEMIA DE LA MUCOSA A LO LARGO DE LA SUPERFICIE DE CONTACTO DE LA PIEZA INTERMEDIA INDICA PRESIÓN EN LA CRESTA ALVEOLAR. EN ESE CASO, SE AJUSTA LA SUPERFICIE DE CONTACTO HASTA QUE NO PRESENTE LA ISQUEMIA Y SE VUELVE A TERMINAR LA SUPERFICIE.

2.2 RELACIÓN DE CONTACTO PROXIMAL.

SI EL PUENTE AJUSTA COMPLETAMENTE CUANDO SE INSERTA, SE REVISAN LAS ZONAS DE CONTACTO CON HILO DENTAL, DE MANERA SIMILAR A LA DESCRITA PARA EL RETENEDOR.

2.3 RELACIONES OCLUSALES.

EN ESTE PUNTO, YA SE HAN AJUSTADO TODOS LOS RETENEDORES EN LA BOCA PARA QUE CONCUERDEN CON LAS RELACIONES OCLUSALES Y, SI SE TIENE QUE RETOCAR, SOLO SERA EN LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LA PIEZA INTERMEDIA, O DE LAS PIEZAS INTERMEDIAS Y SE SIGUE LA MISMA SECUENCIA DE PRUEBAS QUE SE REALIZARON PARA CADA RETENEDOR INDIVIDUAL.

SE PRUEBA LA OCLUSIÓN EN OCLUSIÓN CÉNTRICA, EN EXCURSIÓN DE TRABAJO, EN EXCURSIÓN DE BALANCE Y EN RELACIÓN CÉNTRICA.

C A P I T U L O X I

CEMENTACION DE LA PROTESIS

PARA LA COLOCACIÓN DEL PUENTE EN LA BOCA SE SIGUEN DOS PROCEDIMIENTOS PRINCIPALES: EL PRIMERO ES LA CEMENTACIÓN DE LAS CARILLAS Y, EL SEGUNDO, LA CEMENTACIÓN DEL PUENTE EN LOS PILARES.

LAS CARILLAS SE CEMENTAN EN EL LABORATORIO ANTES DE CEMENTAR EL PUENTE EN LA BOCA. LA CEMENTACIÓN DEL PUENTE PUEDE SER UN PROCEDIMIENTO TEMPORAL PARA UN PERÍODO DE PRUEBA INICIAL, DESPUÉS DEL CUAL SE CEMENTA DEFINITIVAMENTE.

LOS REQUERIMIENTOS DEBEN EFECTUARSE CON MUCHO CUIDADO, YA QUE, EN ESTE SENTIDO, TANTO EL PACIENTE COMO EL OPERADOR NOTARÁN Y EVALUARÁN EL ÉXITO Y LA SATISFACCIÓN DESEADA DEL CASO EN PARTICULAR.

XI.1 CEMENTACION DE LAS CARILLAS

LAS CARILLAS O FACETAS DE PORCELANA, SE CEMENTAN CON CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC. HAY UNA GRAN VARIEDAD DE COLORES Y Matices, SE DEBE TENER EN CUENTA LA INFLUENCIA DEL TONO DEL CEMENTO APROPIADO Y SE HACE UNA MEZCLA CON GLICERINA Y AGUA, EN VEZ DE USAR EL LÍQUIDO DEL CEMENTO.

SE APLICA LA MEZCLA A LA CARILLA Y SE COLOCA EN POSICIÓN EN EL REPALDO. SE EXAMINA EL EFECTO DEL COLOR.

LA ADAPTACIÓN DE LOS MÁRGENES DE ORO PORCELANA, CUANDO ES NECESARIO, SE TERMINA ANTES DE QUE ENDUREZCA EL CEMENTO, SE RETIRA EL EXCESO DE CEMENTO Y EL PUENTE QUEDA LISTO PARA CEMENTARLO EN LOS PILARES.

LAS CARILLAS ACRÍLICAS QUE SE PUEDEN REEMPLAZAR, COMO POR EJEMPLO, EL RESPALDO PLANO STEELE, SE PUEDEN CEMENTAR CON UN CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC O CON UNA RESINA AUTOPOLIMERIZABLE, CON EL CEMENTO SE SELECCIONA EL COLOR COMO ANTERIORMENTE SE DESCRIBIO; CON EL CEMENTO DE RESINA ACRÍLICA, BASTA CON SELECCIONAR LA TONALIDAD APROPIADA PARA EL DIENTE.

XI.2 CEMENTACION DE LOS PUENTES

DURANTE LARGO TIEMPO SE HAN USADO LOS CEMENTOS DE FOSFATO DE ZINC PORQUE TIENEN UNA ALTA RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN Y, SI EL RETENEDOR HA SIDO DISEÑADO CORRECTAMENTE EN CUANTO A LA FORMA DE RESISTENCIA Y RETENCIÓN, EL PUENTE PUEDE QUEDAR SEGURO.

SI EL RETENEDOR NO CUMPLE CON LAS CUALIDADES DE RETENCIÓN, LA CAPA DE CEMENTO SE ROMPERÁ Y EL PUENTE SE AFLOJARA.

LOS CEMENTOS DE FOSFATO DE ZINC SON IRRITANTES PARA LA PULPA DENTAL Y CUANDO SE APLICAN SOBRE DENTINA RECIÉN CORTADA, SE PRODUCE UNA REACCIÓN INFLAMATORIA DE DISTINTO GRADO EN EL TEJIDO PULPAR. LA REACCIÓN SE PUEDE ACOMPAÑAR DE DOLOR O DE SENSIBILIDAD DEL DIENTE, A LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA EN EL MEDIO BUCAL. PARA EVITAR QUE SE PRESENTE ESTA REACCIÓN, CONSECUTIVA A LA CEMENTACIÓN DE UN PUENTE, SE PUEDE FIJAR ÉSTE CON UN CEMENTO NO IRRITANTE, COMO SERIA EL ÓXIDO DE ZINC-EUGENOL, LO CUAL SERA DE UNA MANERA PROVOCIONAL O CONOCIDA TAMBIÉN COMO INTERINA.

XI.3 CEMENTACION INTERINA

LA CEMENTACIÓN INTERINA SE USA PRINCIPALMENTE EN LOS CASOS SIGUIENTES:

- 1.- CUANDO EXISTEN DUDAS SOBRE LA NATURALEZA DE LA REACCIÓN TISULAR QUE PUEDE OCURRIR DESPUÉS DE CEMENTAR UN PUENTE Y PUEDE SER CONVENIENTE RETIRAR MÁS TARDE PARA PODER - TRATAR CUALQUIER REACCIÓN.
- 2.- CUANDO EXISTEN DUDAS SOBRE LAS RELACIONES OCLUSALES Y NECESITE HACERSE UN AJUSTE FUERA DE LA BOCA.
- 3.- EN EL CASO COMPLICADO DONDE PUEDE SER NECESARIO RETIRAR EL PUENTE PARA HACERLE MODIFICACIONES PARA ADAPTARLO A LOS CAMBIOS BUCALES.
- 4.- EN LOS CASOS QUE SE HAYA PRODUCIDO UN LIGERO MOVIMIENTO DE UN DIENTE DE ANCLAJE Y EL PUENTE NO ASIENTE SIN UN PEQUEÑO EMPUJE.

XI.4 CEMENTACION DEFINITIVA

LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES DE LA CEMENTACIÓN DEFINITIVA SON LOS SIGUIENTES:

4.1 CONTROL DEL DOLOR.

LA FIJACIÓN DE UN PUENTE, PUEDE ACOMPAÑARSE DE DOLOR CONSIDERABLE Y, EN MUCHOS CASOS, HAY QUE USAR LA ANESTESIA LOCAL. DURANTE LOS MÚLTIPLES PROCESOS QUE PRECEDEN A LA CEMENTACIÓN SE HABRÁ ADVERTIDO LA SENSIBILIDAD DE LOS DIENTES, LO MISMO QUE LAS REACCIONES DEL PACIENTE A LAS OPERACIONES CLÍNICAS QUE SE LE ESTÁN EFECTUANDO, EL ODONTÓLOGO PODRÁ PRECISAR LOS CASOS EN QUE SE DEBE APLICAR ANESTESIA.

4.2 PREPARACIÓN DE LA BOCA.

ES EL DE MANTENER UN CAMPO SECO DURANTE EL PROCESO DE CEMENTACIÓN. A LOS PACIENTES CON SALIVA MUY VISCOSA SE LES HACE ENJUAGAR LA BOCA CON BICARBONATO DE SODIO ANTES DE HACER LA PREPARACIÓN DE LA BOCA.

LA ZONA DONDE VA EL PUENTE SE AÍSLA CON ROLLOS DE ALGODÓN, SE COLOCA UN EYECTOR DE SALIVA, TODA LA BOCA SE SECA CON ROLLOS DE ALGODÓN O CON GASA, PARA RETIRAR LA SALIVA DEL VESTIBULO Y DE LA ZONA PALATINA.

LOS PILARES Y LOS DIENTES INMEDIATAMENTE VECINOS SE SECAN CUIDADOSAMENTE CON ALGODÓN, PRESTANDO ESPECIAL ATENCIÓN A LA ELIMINACIÓN DE LA SALIVA DE LAS REGIONES INTERPROXIMALES DE LOS DIENTES ADYACENTES.

4.3 PREPARACIONES DE LOS DIENTES.

HAY QUE SECAR LA SUPERFICIE DEL DIENTE DE ANCLAJE CON ALGODÓN. SE RECOMIENDA UTILIZAR BARNIZ EN EL DIENTE, INMEDIATAMENTE ANTES DE CEMENTAR, TIENE EFECTOS FAVORABLES, DISMINUYENDO LA REACCIÓN DE LA PULPA. HAY QUE EVITAR LA EXPOSICIÓN INNECESARIA DE LOS PILARES Y EL PROCESO DE LA CEMENTACIÓN SE DEBE HACER CON RAPIDEZ.

4.4 MEZCLA DEL CEMENTO.

EN ESTE PASO LO PRINCIPAL ES CONTROLAR LA PROPORCIÓN POLVO LÍQUIDO Y EL TIEMPO REQUERIDO PARA HACER LA MEZCLA, DE ACUERDO AL PRODUCTO Y AL FABRICANTE.

4.5 AJUSTE DEL PUENTE.

EL PUENTE SE PREPARA PARA LA CEMENTACIÓN BARNIZANDO LAS SUPERFICIES EXTERNAS DE LOS RETENEDORES. SE RELLENAN LOS RETENEDORES DEL PUENTE CON EL CEMENTO MEZCLADO, EL PUENTE SE COLOCA EN POSICIÓN Y SE AJUSTA CON PRESIÓN DE LOS DEDOS.

EL AJUSTE COMPLETO SE CONSIGUE INTERPONIENDO UN PALILLO DE MADERA DE NARANJO, ENTRE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES E INSTRUYENDO AL PACIENTE PARA QUE MUERDA SOBRE EL, ESTO SE HARA EN CADA RETENEDOR.

LA ADAPTACIÓN FINAL DE LOS MÁRGENES DE LOS RETENEDORES A LA SUPERFICIE DEL DIENTE SE HACE BRUÑENDO TODOS LOS MÁRGENES CON UN BRUÑIDOR MANUAL, POR ÚLTIMO, SE COLOCA UN ROLLO DE ALGODÓN HÚMEDO ENTRE LOS DIENTES Y SE PIDE AL PACIENTE QUE MUERDA SOBRE EL ALGODÓN Y LO MANTENGA APRETADO HASTA QUE EL CEMENTO HAYA ENDURECIDO.

4.6 REMOCIÓN DEL EXCESO DE CEMENTO.

CUANDO EL CEMENTO SE HA SOLIDIFICADO, SE RETIRA EL EXCESO. HAY QUE PRESTAR ATENCIÓN EN RETIRAR TODO EL EXCESO DE LAS ZONAS GINGIVALES E INTERPROXIMALES. LAS PARTÍCULAS PEQUEÑAS DE CEMENTO QUE QUEDEN EN EL ZURCO GINGIVAL SON CAUSA DE REACCIÓN INFLAMATORIA Y PUEDEN PASAR INADVERTIDAS DURANTE UN PERÍODO CONSIDERABLE DE TIEMPO. LOS GRANDES EXCESOS SE PUEDEN REMOVER CON EXCAVADORES. LA HENDIDURA GINGIVAL SE EXPLORA CUIDADOSAMENTE CON ZONDAS APROPIADAS.

SE PASA EL HILO DENTAL POR LAS REGIONES INTERPROXIMALES PARA DESALOJAR EL CEMENTO. EL HILO SE PASA POR DEBAJO DE LAS PIEZAS INTERMEDIAS PARA ELIMINAR LOS POSIBLES RESIDUOS DE CEMENTO QUE QUEDEN CONTRA LA MUCOSA.

CUANDO SE HAN QUITADO TODAS LAS PARTÍCULAS DE CEMENTO, SE COMPRUEBA LA OCLUSIÓN EN LAS PORCIONES Y RELACIONES OCLUSALES.

XI.5 INSTRUCCIONES AL PACIENTE

ES IMPORTANTE INDICARLE AL PACIENTE LAS MEDIDAS PROFILÁCTICAS DESPUÉS DE LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS QUE PERMITIRÁN UNA MEJOR CONSERVACIÓN TANTO DE LA SALUD BUCAL COMO DEL APARATO PROTÉSICO YA INSTALADO.

PRIMERO SE LE INSTRUIRÁ EN UNA TÉCNICA DE CEPILLADO SATISFACTORIA, ASÍ COMO DEL USO DEL HILO DENTAL PARA QUE EFECTUE LA LIMPIEZA TANTO DE LAS CARAS PROXIMALES COMO DE LA MUCOSA QUE ESTÁ EN CONTACTO CON EL PÓNTICO.

SE RECOMIENDA AL PACIENTE QUE EVITE TEMPERATURAS EXTREMAS EN LOS DÍAS INMEDIATOS A LA CEMENTACIÓN DEL PUENTE. SE LE RECORDARÁ AL PACIENTE QUE NO MUERDA COSAS DURAS YA QUE -- PODRÍA HABER FRACTURA DE LAS CARILLAS.

DESPUÉS DE CEMENTARLO, HAY QUE EXAMINAR EL PUENTE A LOS 7 Ó 10 DÍAS. SE HACE UN EXAMEN RUTINARIO EN EL CUAL SE -- EXPLORAN LOS CONTACTOS INTERPROXIMALES, LAS RELACIONES MUCOSAS DE LAS PIEZAS INTERMEDIAS, LOS MÁRGENES DE LOS RETENEDORES, LOS TEJIDOS GINGIVALES Y LA OCLUSIÓN.

CONCLUSIONES

CUALQUIER ANOMALIA O DESEQUILIBRIO EN LA CAVIDAD ORAL, -
PUEDE OCACIONAR DAÑOS A NIVEL LOCAL O GENERAL. LA CAVIDAD
ORAL ES UN SISTEMA COMPLEJO, QUE DEBIDO A LA PÉRDIDA DE UNA
PIEZA DENTARIA VARIA SU ESTRUCTURA Y LOS TEJIDOS QUE ELLA -
INVOLUCRA.

EXISTE EN LA ACTUALIDAD DENTRO DEL CAMPO ODONTOLÓGICO, -
GRANDES AVANCES EN LOS MÉTODOS Y MATERIALES RESTAURATIVOS -
PARA DEVOLVERLE LA SALUD AL PACIENTE.

SE HA VISTO QUE EL PRINCIPAL FACTOR PARA DAÑAR O PERDER -
UNA PIEZA DENTAL ES LA CARIES, NO DESCARTANDO LOS TRAUMATIS
MOS O ENFERMEDADES SISTÉMICAS COMO LA DIABÉTES.

EL ODONTÓLOGO TENDRA COMO BASE LOS PRINCIPIOS Y MÉTODOS -
OBTENIDOS A LO LARGO DE SU CARRERA PARA LOGRAR UN DIAGNÓSTI
CO Y UN MEJOR PLAN DE TRATAMIENTO PARA CADA CASO PARTICULAR.

LA DESTREZA Y APLICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, DE LAS -
DIVERSAS RAMAS DE LA ODONTOLOGÍA AUNADA AL CRITERIO Y ÉTICA
PROFESIONAL, SON FACTORES DECISIVOS PARA EL ÉXITO DE CUAL-
QUIER TRATAMIENTO POR EFECTUAR.

EL ODONTÓLOGO NO DEBERÁ FRENAR SUS CONOCIMIENTOS YA QUE -
DÍA A DÍA SE PRODUCEN NUEVOS CAMBIOS DENTRO DE LA ODONTOLO-
GÍA ESTAS NUEVAS TÉCNICAS CONDUCE A UN TRATAMIENTO MÁS EFI-
CAZ, POR LO TANTO TENDRÁ QUE IR AVANZANDO EN SUS CONOCIMIEN-
TOS A LA PAR CON LOS NUEVOS AVANCES DENTRO DE LA CARRERA.

EL TRABAJO ANTERIORMENTE DESARROLADO ES UNA RECOPIACIÓN
DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS, NO ES UN TRABAJO DE CRITI-
CA NI DE APORTACIÓN CON NUEVAS TÉCNICAS.

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

- 1- ANESTESIA ODONTOLÓGICA
DR. NIELS BJORN JORGENSEN
DR. JESS HAYDEN JR.
EDITORIAL INTERAMERICANA
TERCERA EDICIÓN
- 2- PRÓTESIS DE CORONAS Y PUENTES
GEORGE E. MEYERS
EDITORIAL LABOR, S.A.
- 3- LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES
EUGENE W. SKINNER
EDITORIAL MUNDI
SEXTA EDICIÓN
- 4- FUNDAMENTOS DE PROSTONCIA FIJA
SHILLINGBURG/HOBO/WHITSETT
EDICIONES CIENTIFICAS
PRENSA MEDICA MEXICANA
- 5- FARMACOLOGÍA, ANALGESIA, TÉCNICAS DE ESTERILIZACIÓN
EN LA PRÁCTICA DENTAL.
MARTIN J. DUNN/DONALD F. BOOTH/MARIE CLANCY
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO
- 6- PRACTICAS DE CORONAS Y PUENTES
TYLMAN STANLEY D.
EDITORIAL HISPANO AMERICANA

- 7- PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE
ERNEST L. MILLER
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
- 8- ATLAS DE PRÓTESIS PARCIAL FIJA
DAVID E. BEAUDRIAN
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A.